

LES
MANIFESTATIONS DE L'HYSTÉRIE
DANS L'ENFANCE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Février 1896.

PAR

Paul ISNARD

Né à TOURRETTES-SUR-LOUP (Alpes-Maritimes)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE CHARLES BOEHM

ÉDITEUR DU NOUVEAU MONTPELLIER MÉDICAL

1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✱)..... Doyen
CARRIEU..... Assesseur

PROFESSEURS :

Hygiène.....	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET (✱).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie.....	GRYNFELTT.
Thérapeutique et Matière médicale.....	HAMELIN (✱).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HÉDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et Appareils.....	ESTOR.
Médecine légale et Toxicologie.....	N....
id. Sarda (Chargé du cours)...	
Anatomie pathologique.....	N....
id. Bosc (Chargé du Cours)...	
Microbiologie.....	N....

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL (✱), PAULET (O. ✱)

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants.....	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements.....	PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	N...
Pathologie externe.....	N....

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. BAUMEL.	MM. LAPEYRE.	MM. VALLOIS.
BROUSSE.	MOITESSIER.	MOURET.
SARDA.	BOSC.	DELEZENNE.
LECERCLE.	DE ROUVILLE.	GALAVIELLE.
RAUZIER.	PUECH.	

MM. H. GOT, *Secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. MAIRET, <i>président.</i>		MM. BAUMEL, agrégé.
BOSC, agrégé.		RAUZIER, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de reconnaissance et d'affection.

A MA SŒUR CHÉRIE

Tout mon dévouement.

A LA MÉMOIRE

DE MON GRAND-PÈRE ET DE MA GRAND'MÈRE BIEN AIMÉS

PAUL ISNARD

A MES AMIS

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur MAIRET

Professeur de Clinique des Maladies mentales et nerveuses

Chevalier de la Légion d'Honneur

PAUL ISNARD

LES
MANIFESTATIONS DE L'HYSTÉRIE
DANS L'ENFANCE

INTRODUCTION

La névrose hystérique, dit Sydenham, imite presque toutes les maladies qui arrivent au genre humain, aussi varie-t-elle constamment de formes, se montre-t-elle sous les aspects les plus divers et les plus curieux. On comprend alors que longtemps elle ait échappé à toute description scientifique, et qu'on l'ait de tout temps comparée à un Protée insaisissable défiant toute analyse, semblant varier dans ses manifestations symptomatiques avec chaque individu qu'elle frappait.

A l'époque actuelle, l'hystérie a définitivement pris rang dans la pathologie nerveuse. C'est une affection dont les caractères sont bien déterminés, mais qui pourtant, par ses apparences et ses allures, trompe encore souvent le médecin. En nous basant sur cet ordre d'idées, et en considérant d'autre part combien était intéressante la neuropathologie de l'enfance, nous avons voulu étudier cette névrose dans le jeune âge, essayer de grouper les faits qui s'y rapportent, ceux qui nous ont été communiqués par

nos professeurs et nos amis, et ceux enfin qu'il nous a été possible d'observer dans le service de M. le professeur Bosc, pour pouvoir, si possible, faire ressortir de tout cet ensemble quelques conséquences pratiques.

L'histoire des maladies nerveuses dans l'enfance, et en particulier de la névrose hystérique, est fort courte, et il faut arriver jusqu'à la seconde moitié du siècle dernier pour voir cette étude à l'état d'ébauche dans la littérature médicale.

C'est que pendant longtemps on a considéré l'utérus comme l'organe qui était le point de départ des convulsions hystériques ; de là, des théories erronées ; de là aussi, le délaissement complet de l'étude de l'hystérie chez les jeunes enfants. Depuis Hippocrate et Galien jusqu'à Landouzy, quelques auteurs comme Raulin, Sydenham, Willis, Boerhave, Cullen, rapportent bien quelques cas d'hystérie dans la deuxième enfance et l'adolescence, mais, imbus des idées de l'époque, ils mirent les cas observés sur le compte d'une précocité étrange dans le développement des instincts génésiques de leurs petits malades et firent ainsi des exceptions que la science de l'époque ne pouvait expliquer.

Il faut arriver à Lepois pour constater, en se basant sur des symptômes certains, que l'homme lui aussi peut être hystérique ; par ce fait la théorie utérine était renversée : on commença à parler d'hystérie chez les enfants. La question entre alors dans un jour tout nouveau ; Landouzy et Briquet citent de nombreux cas d'hystérie infantile dans les deux sexes. Bernutz déclare que cette névrose existe chez l'homme comme chez l'enfant, résultant dans l'un et l'autre cas d'un défaut d'équilibre entre les différentes parties du système nerveux. Depuis, les observations se sont multipliées aussi bien en France qu'à l'étranger, et le professeur Charcot fournit dans ses Cliniques de la Salpêtrière en même temps que les tableaux complets des symptômes de l'hystérie, l'interprétation des phénomènes jusqu'alors inexpliqués. Dans ces dernières années, enfin, des travaux nombreux ont été publiés

sur la pathologie nerveuse infantile, et les neuropathologistes Berkhen, Mandelej, Emmigham et Moreau contribuent pour leur part à la connaissance exacte de la névrose chez l'enfant.

Toutes ces études, toutes ces observations, ont trait pour la plus grande partie à l'hystérie, dans la seconde enfance et dans l'adolescence, et personne encore n'a parlé au moins directement de névrose chez le nouveau-né, le nourrisson ou dans la première enfance. Il faut arriver aux travaux tout récents d'Ollivier et de Chaumier pour que cette question soit débattue, et c'est depuis ces années de 1885 et 1886 que l'étude de l'hystérie dans les premiers jours et les premières années de la vie se trouve en quelque sorte à l'ordre du jour.

C'est donc cette étude complète de l'hystérie infantile que nous nous proposons de faire dans les développements qui vont suivre, c'est-à-dire l'hystérie considérée à la fois et dans les premiers mois de la vie et dans la première et la seconde enfance.

Ce mot d'hystérie infantile soulève une question qui doit être résolue avant d'aborder toute étude symptomatique.

Y a-t-il réellement une hystérie spéciale à l'enfance ? L'hystérie se manifeste-t-elle cliniquement par des symptômes différents aux divers âges de la vie ? C'est-là une question difficile à résoudre à cause précisément du jeune âge des petits névrosés et des facteurs nombreux qui interviennent dans la neuropathologie infantile. Nous tâcherons pourtant de nous faire une opinion aussi exacte que possible sur chacun de ces points encore fort discutés. Mais ce qui est certain, c'est qu'on peut facilement confondre toutes les manifestations hystériques que présente le petit sujet avec des manifestations nerveuses qui leur ressemblent et que nous appellerons *hystéroïdes*. C'est ainsi qu'on a souvent porté le diagnostic d'hystérie alors qu'il s'agissait, par exemple, de convulsions réflexes, de chorée, d'épilepsie ou de simples manifestations de la prédisposition nerveuse dépendant d'une hérédité alcoolique ou névropathique. Et tout cela, parce que les

symptômes objectifs fournis par le jeune enfant sont à peu près les mêmes dans toutes ces différentes névropathies : cris, agacement, convulsions, chutes, contractures, et qu'ils ne se distinguent que par des nuances que l'observation attentive et soutenue peut seule arriver à mettre en valeur. On comprend, dès lors, que le diagnostic puisse demeurer hésitant, et l'étude de ces névroses et de leurs limites chose difficile.

Aussi, à cause de cette difficulté d'étude, et pour arriver, d'autre part, à nous faire de l'hystérie infantile une idée assez exacte, et sans penser nullement à séparer cette dernière de la névrose hystérique, étudierons-nous dans une première partie les manifestations de la névrose chez le nourrisson et dans la première enfance, et dans une deuxième partie ces manifestations dans la seconde enfance et dans l'adolescence jusqu'à la puberté. Nous montrerons, en outre, les rapports des différentes névroses, leurs caractères différentiels, et nous insisterons sur les points intéressants ou discutés.

En faisant ainsi comme deux études séparées de l'hystérie infantile à deux époques de la vie, nous serions certainement exposé à nous répéter ; aussi nous a-t-il paru sage d'étudier d'abord dans notre premier chapitre les conditions étiologiques particulières à l'hystérie développée chez l'enfant. Notre travail se trouve donc divisé de la façon suivante :

- I. Etiologie.
- II. Hystérie chez le nourrisson et dans la première enfance.
 - A) Symptomatologie.
 - B) Diagnostic différentiel.
- III. Hystérie dans la seconde enfance et dans l'adolescence.
 - A) Symptomatologie,
 - B) Diagnostic différentiel.
- IV. Diagnostic général et pathogénie.
- V. Pronostic.
- VI. Traitement.

Avant de commencer cette étude, nous nous faisons un devoir d'adresser à M. le professeur Bosc nos remerciements les plus sincères, et le prions de vouloir bien agréer l'expression de toute notre gratitude pour toute la bienveillance qu'il nous a témoignée pendant le cours de ce travail. Merci, tout particulièrement, à M. le D^r Chaumier, de Tours, pour son amabilité et son empressement à nous communiquer, sur l'hystérie dans la première enfance, ses notes pleines d'originalité et d'intérêt. Nos amis, MM. Gibert, Blanc et Albarel, internes des hôpitaux, et M. Babeau, aide de clinique des maladies des enfants, ont droit aussi à nos remerciements. Que M. le professeur Mairet, d'autre part, veuille bien nous permettre de lui offrir l'hommage de toute notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait, en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER.

Etiologie.

Sydenham, Raulin et Whitt ont eu les premiers le mérite de démontrer que l'hystérie est une maladie qui ne peut guère se produire qu'avec le concours de deux ordres de causes : les unes ayant pour but de modifier l'économie et de la prédisposer à subir certaines influences déterminées, et les autres venant exercer ces influences ; de là, deux sortes de causes : les unes prédisposantes ou pathogènes, de beaucoup les plus importantes, et les autres déterminantes ou provocatrices.

I. — CAUSES PATHOGÈNES.

a) *Hérédité.* — La constitution hystérique peut être considérée le plus souvent comme un véritable héritage morbide. L'hérédité doit donc jouer le premier rôle dans l'apparition et le développement de la névrose. Et ici, par hérédité, nous n'entendons pas seulement la transmission directe d'une aptitude ou d'un état de l'ascendant au descendant ; nous comprenons le mot dans son acception la plus large et devons porter nos recherches sur les parents même les plus éloignés. Ce n'est pas aussi la maladie particulière dont est frappé le petit malade qu'il faut demander à ses ascendants, car le nervosisme peut se modifier profondément en passant d'une génération à l'autre ; aussi établi-

rons-nous plusieurs degrés, considérant ce grand phénomène biologique sous ses aspects divers.

L'hérédité directe ou de similitude est celle en vertu de laquelle les parents névrosés donnent naissance à des enfants atteints de la même névrose, et ici, pour le cas qui nous concerne, un père ou une mère hystérique verront se développer dans leur progéniture les manifestations de leur hystérie propre, et, d'après les statistiques directes de certains auteurs, cette hérédité directe serait, pour l'hystérie, surtout maternelle, et de la mère à la fille. Mais dans beaucoup de ces cas l'hystérie est provoquée chez l'enfant, par l'imitation. D'autres fois, mais moins souvent peut-être qu'on le dit, on verra la maladie des parents frapper chez l'enfant toujours le même système, mais d'une façon différente : par exemple, un épileptique engendrera un hystérique ; un aliéné, des hystériques. C'est l'hérédité de transformation. Souvent encore, vous verrez les arthritiques simplement nerveux ou bien des nerveux héréditaires, ne montrant de leur état que des manifestations vagues, engendrer des nerveux du même ordre ou d'un autre ordre mais avec des manifestations très accentuées.

Cette hérédité arthritique, ajoutée à l'hérédité névropathique, le neuro-arthritisme, nous montre toute l'importance qu'a, au point de vue du système nerveux des descendants, l'action combinée de maladies nerveuses et de maladies générales diathésiques ou infectieuses des ascendants.

L'hystérie nous en fournit une preuve frappante. A côté de tares névropathiques, vous trouvez, d'une façon pour ainsi dire constante chez les parents, la tuberculose, et il n'est presque pas d'observation d'hystérie où non seulement un membre, mais presque tous les membres de la famille ne soient bacillaires à quelque degré.

Ce sont des faits qui avaient déjà frappé certains auteurs et en particulier M. Grasset ; ils se vérifient pour nos malades.

Il est même probable que, sans le secours d'une tare nerveuse, la tuberculose familiale puisse amener chez le petit descendant un état particulier d'infériorité nerveuse, qui non seulement permettra à la névrose de se développer, mais la créera de toutes pièces, dès les premiers jours de la vie. « De toutes les causes prédisposantes, dit Moreau, c'est assurément l'hérédité qui est la plus importante ». Alcoolisme, tuberculose, arthritisme, épilepsie, chorée, nervosisme, peu importe la forme ; mais ce sont là, à coup sûr, autant d'éléments morbides qui interviennent pour influencer le produit de la conception et créer chez lui la prédisposition nerveuse qui se montrera objectivement à la moindre provocation.

b) *Maladies infectieuses et intoxications.* — Les travaux de ces derniers temps ont prouvé que les maladies infectieuses peuvent créer, de toutes pièces, l'hystérie chez l'adulte ; il en est de même chez l'enfant, et les cas sont déjà nombreux où, après une dothiéntérie, à la suite de rougeole, de scarlatine ou de grippe, un enfant qui n'avait jamais présenté de symptôme nerveux, est devenu un véritable hystérique (Voir notre observation xv d'hystérie développée pendant la convalescence d'une dothiéntérie).

Première Observation.

(In thèse de Soubioux, pag. 34-36).

Arthritisme et hystérie. — Crises hystériques post-infectieuses.
Céphalalgie de croissance.

Olivier D..., 12 ans.

Antécédents héréditaires. — Père, grand'mère paternelle et sœur du père, tous migraineux. — Mère nerveuse, mais n'a jamais eu de crises.

Antécédents personnels. — Le jeune Olivier aurait eu plusieurs

bronchites dans son enfance, jamais de convulsions. — En janvier il est atteint de la grippe, qui le retient trois jours au lit. Le quatrième, se sentant mieux, il veut sortir, mais à peine est-il dehors qu'il tombe et reste par terre, entendant tout ce qu'on dit autour de lui et ne pouvant parler. Durée 4 minutes. De nouvelles crises se produisent les jours suivants, il est conduit à la Salpêtrière. Le malade se plaint alors d'une céphalalgie persistante qui dure depuis deux ans ; ses paupières sont lourdes et les yeux douloureux. Au moment de la crise, il ne sent pas de boule à la gorge, mais sa poitrine est chargée comme d'un poids, un peu avant l'attaque. Point hystérogène sous-mammaire gauche, la pression sur ce point provoque de l'anxiété et de l'oppression : L'enfant est impressionnable, ne va pas se coucher sans lumière : il a peur et ne sait de quoi. Plaques d'anesthésie sur le bras droit et points hyperesthésiques au niveau du mamelon gauche, de la fosse iliaque gauche et du rachis. Sous l'influence des lotions froides, les attaques disparaissent, et il ne reste que la céphalalgie bien diminuée d'intensité.

Dans *The Lancet*, Railton cite également un cas d'hystérie chez une enfant de six ans à la suite de l'influenza. Ici également, la névrose fut de courte durée et se montra pendant la convalescence, c'est-à-dire après cet affaissement général procuré par l'infection même. Les antécédents héréditaires ou personnels étaient nuls, et la maladie fébrile apparaît encore, dans ce cas, comme l'unique cause pathogène de la névrose hystérique. Ces observations montrent avec quelle rapidité peuvent se développer les manifestations de l'hystérie chez les jeunes enfants atteints de maladies infectieuses, même chez ceux qui n'ont pas d'antécédents héréditaires névropathiques.

Baginsky a noté consécutivement à la diphtérie des troubles hystérieformes passagers mais très accentués.

Robert et Riegel, d'autre part, citent des cas nombreux d'hystérie infantile développée dans le cours des maladies aiguës et qui impliquent une action des bacilles ou de leurs toxines sur le système nerveux impressionnable de l'enfant.

Comment agissent ces agents et pourquoi déterminent-ils des accidents chez les uns et laissent-ils indemnes les autres ? La réponse est encore problématique. Il faut dans la plupart des cas, l'expliquer par la prédisposition nerveuse, l'hérédité ou l'état général du sujet. Mais ce qui semble probable aussi, c'est qu'il faut admettre une action des toxines et des produits morbides sur les éléments des centres nerveux. Il ne faut pas voir, en effet, dans ces névroses consécutives aux infections, des névroses par anémie cérébrale ou asthénie ; la névrose, au contraire, tend à être considérée par plusieurs auteurs comme un symptôme tardif de l'infection par opposition à la fièvre, qui en serait un symptôme précoce. D'ailleurs, n'observe-t-on pas des accidents hystériques au début des maladies fébriles ? ce sont des phénomènes nerveux qui suivent la marche des maladies et qui disparaissent après elles. L'anémie et l'affaissement général ne peuvent expliquer pareille évolution.

Parmi les maladies infectieuses, la tuberculose, si fréquente chez l'enfant, doit parfois être mise en cause pour expliquer l'apparition de phénomènes hystériques. Dans leur *Traité des maladies nerveuses*, MM. Grasset et Rauzier citent deux cas dans lesquels l'hystérie semblait être la manifestation directe de la bacillose pulmonaire.

Les intoxications peuvent, au même titre que les infections, provoquer chez l'enfant l'apparition de manifestations hystériques. Thore aurait observé celle-ci chez ses jeunes garçons, à la suite d'ingestion de datura. Zit accuse d'une action semblable la belladone et la cocaïne. Voisin fait appel au saturnisme, et d'autres auteurs ont cité des cas d'hystérie survenue chez de jeunes sujets après absorption de composés opiacés. Guinon, dans sa Thèse sur les agents provocateurs de l'hystérie, cite de nombreux cas d'hystérie infantile à la suite d'intoxications diverses.

On a invoqué le surmenage comme pouvant produire l'hysté-

rie chez l'enfant ; cette hystérie dépendrait d'une auto intoxication par les leucomaines et les ptomaines élaborées en excès par l'organisme surmené. Le système nerveux intoxiqué répond à cette provocation par tous les accidents hystériques divers qui se rencontrent dans le jeune âge.

Les végétations adénoïdes du pharynx nasal, si fréquentes dans l'enfance, ont été incriminées comme pouvant produire des accidents hystériformes. L'occlusion du naso-pharynx entraîne des troubles respiratoires et par suite une difficulté de l'hématose très considérable. L'acide carbonique s'accumule en excès dans le sang, et il se fait, par ce mécanisme indirect, une véritable intoxication qui impressionne le système nerveux, au point de troubler gravement ses fonctions. Cette explication nous paraît un peu subtile, et, en tout cas, rien ne prouve qu'elle soit fondée. C'est tout au plus si l'existence de ces végétations peut expliquer quelques phénomènes réflexes que présentent les petits malades, et qui n'ont de commun avec l'hystérie que d'être l'un et l'autre des manifestations nerveuses.

II. — CAUSES PROVOCATRICES

A côté de ces causes réellement pathogènes, hérédité, infections et intoxications, qui, par leur influence seule peuvent créer l'hystérie chez l'enfant, il en est d'autres nommées causes provocatrices qui mettent en activité une névrose demeurée jusque là à l'état latent. Mais il faut pour cela que le sujet soit prédisposé, de par son hérédité par exemple, à l'hystérie, qu'il offre en un mot un terrain favorable à son développement.

Ces causes occasionnelles peuvent par elles-mêmes, il est vrai, produire certains troubles nerveux passagers, mais ceux-ci n'ont rien à faire avec l'hystérie : les névroses durables qu'elles semblent engendrer supposent toujours un organisme taré et prédisposé.

Ces causes provocatrices n'en sont pas moins d'un grand intérêt chez l'enfant, et leur étude conduit à des observations fort curieuses : aussi nous permettrons-nous d'y insister.

a) *Age*. — Le rapport entre l'âge et la disposition à l'hystérie n'est pas une simple question de faits : c'est un élément important, au contraire, dans la solution du problème de la nature de cette maladie. On a cru longtemps que l'hystérie ne frappait que les adultes, et il a fallu arriver à Landouzy et Briquet pour connaître d'une façon certaine que la névrose se manifestait très souvent dans l'enfance, même avant la puberté. Les cas cités par ce dernier auteur, dans son *Traité de l'hystérie*, sont fort nombreux ; et le docteur Chaumier dans son étude sur la même névrose chez les nouveau-nés et les petits enfants, a montré que les manifestations hystériques peuvent exister avec tous leurs caractères dans les premiers mois de la vie. L'hystérie, d'ailleurs, n'est-elle pas avant tout une maladie de l'évolution ? Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'on la rencontre avant la puberté avec une fréquence telle qu'on peut l'évaluer *au quart ou au cinquième du nombre total des hystériques* (Briquet).

b) *Sexe*. — Il est tout naturel que les médecins qui regardaient l'utérus comme le siège exclusif de l'hystérie, aient pensé que cette maladie était l'apanage exclusif de la femme et que les garçons ne pouvaient devenir hystériques. Il serait banal de vouloir démontrer que l'hystérie existe fréquemment chez les enfants des deux sexes : les faits en sont trop nombreux et les observations trop connues ; qu'il nous suffise de dire que l'hystérie dans l'enfance est cependant plus fréquente chez les petites filles, phénomène qui nous paraît pouvoir s'expliquer par la constitution plus délicate de celles-ci et leur sensibilité plus vive.

c) *Saisons, climats.* — L'on sait que les variations atmosphériques influencent les organes d'une manière sensible ; mais comme à un climat donné correspondent des mœurs, une alimentation, un degré de bien-être ou de souffrance variables, il est bien difficile de déterminer la part réelle du climat sur le développement de l'hystérie. En dehors de cette réserve on a dit que c'est surtout dans les climats chauds que se montre le plus grand nombre des cas d'hystérie. Mais des cas d'hystérie chez l'enfant comme chez l'adulte ont été fréquemment observés dans les contrées les plus froides, et il se trouve précisément, au point de vue des saisons, que le plus grand nombre des cas d'hystérie se produit dans le cours de l'hiver et même pendant les hivers les plus rigoureux.

L'hystérie infantile a ce fait de commun avec la chorée (Mitchell, Lewis).

d) *Conditions sociales et éducation.* — Nous n'insisterons point longuement sur ce genre de causes provocatrices, dont l'action n'a pas besoin d'être longuement expliquée. Dans les grandes villes, les jeunes enfants vivent d'une vie tout artificielle dans l'intérieur des maisons. Les excès de chaleur, le manque d'oxygène et de soleil, cette vie efféminée enfin à laquelle on habitue si souvent les petits bambins, parfois l'insuffisance de l'alimentation, ce sont là autant de conditions favorables au développement de la névrose. Aussi l'hystérie s'attaque-t-elle aux enfants des riches avec autant d'intensité qu'aux enfants de la basse classe et davantage aux enfants des villes qu'à ceux des campagnes.

Le système d'éducation y entre pour une grande part : une vie trop douce, une existence trop paisible et trop gâtée, peuvent aviver la sensibilité et conduire à l'hystérie. « Quand les jeunes enfants, dit Louyer-Villermay, auront été entourés de soins trop recherchés ou prévenus dans leurs moindres désirs, ils éprou-

veront de fortes commotions à la suite d'une contrariété légère. Une éducation frivole d'autre part, dans laquelle toute satisfaction a été donnée aux sens et aux caprices, a été regardée comme une prédisposition très puissante à l'hystérie. « Si votre fillette lit des romans avant la puberté, dit Tissot, elle aura des attaques de nerfs à 20 ans ». Une semblable éducation rend le système nerveux impressionnable, et multiplie les occasions d'impressions.

e) *Dyscrasie sanguine.* — L'influence du défaut d'hématose sur la susceptibilité nerveuse n'est nulle part plus évidente que dans l'action qu'ont la chlorose et l'anémie sur l'organisme du jeune enfant pour le prédisposer à l'hystérie. Mais nous pensons que cette anémie et cette chlorose des hystériques ne sont pas la cause provocatrice de l'hystérie mais sont au même titre que celle-ci, sous la dépendance de l'hérédité tuberculeuse, dans les cas très nombreux où cette hérédité existe.

f) *Imitation, contagion nerveuse.* — Elle joue un rôle important dans l'hystérie de l'enfant, et l'on a décrit de véritables épidémies, comme celle que Mitchell a observée à Philadelphie.

Dans une école, presque tous les enfants furent pris presque en même temps de convulsions, de contractures, d'enraidissements, de spasmes divers, au moment même où un de leurs petits camarades en était atteint. Tantôt les enfants étaient pris les uns après les autres, tantôt tous les enfants d'une salle se mettaient à bailler, à pousser des aboiements, à marcher à quatre pattes, à l'instant même où l'un d'eux, pris d'une attaque de ce genre, leur en donnait l'exemple. Et ce qui reste, dans ces sortes d'épidémies, un caractère constant, mis en lumière par Roberts, par Charcot, c'est que tous les individus atteints réalisent absolument le même type que celui qui a été le premier frappé.

g) *Impressions morales.* — Tout ce qui peut troubler l'équili-

bre de ce système doit être regardé comme capable d'y imprimer une modification de laquelle pourront naître des accidents hystériques. L'expérience montre cependant que toutes les sensations ne provoquent pas nécessairement l'hystérie. Il faut pour cela, semble-t-il, que les affections morales influencent le cerveau d'une manière désagréable ; ainsi la peur, la crainte, la frayeur, les affections, les sensations, les passions morales tristes.

La joie et les sensations ou perceptions agréables peuvent produire des accidents nerveux, susciter même d'autres névroses, mais de l'accord de tous les auteurs, elles ne créeraient jamais l'hystérie.

Dans le cadre de ces impressions morales comme causes provocatrices rentreraient encore les pratiques de spiritisme et d'hypnotisme chez les enfants, à la suite desquelles on a vu se déclarer presque subitement chez eux de vraies attaques d'hystérie et d'hystéro-épilepsie, quelquefois d'une ténacité extrême et d'une intensité remarquable.

h) *Traumatisme*. — Nombreux sont les cas d'hystérie franche, développée à la suite d'une chute, d'une contusion, d'une intervention chirurgicale (nervous shock) qui démontrent qu'il y a plus qu'une coïncidence entre le trauma et les accidents nerveux qui lui ont fait suite. Chez l'enfant, comme chez l'adulte, il existe toute une classe de faits rangés sous le nom d'hystéro-traumatisme et sur lesquels nous ne pouvons pas insister (Briquet, Charcot, Guinon).

i) *Causes réflexes*. — On a enfin rapporté un certain nombre de faits qui ont amené les auteurs à admettre chez l'enfant une hystérie réflexe au même titre qu'une hystérie traumatique, une hystérie toxique ou infectieuse. Dans ce groupe on a fait rentrer un grand nombre de cas de névrose dont on ne pouvait s'expliquer l'apparition. Mais l'organisme du jeune enfant peut être considéré comme une source de réflexes dont nous ne connais-

sons pas les lois, et qui se manifestent à l'époque de la croissance et de l'évolution par des accidents nerveux. Mais faut-il établir un rapport direct, un lien de parenté entre ces accidents et l'hystérie ? Faut-il considérer toutes ces manifestations nerveuses comme étant de nature hystérique ? Nous ne le croyons pas, et ce qui est certain, c'est qu'on a attribué à la névrose de simples phénomènes réflexes passagers qui n'avaient rien à faire avec elle. L'helminthiase, la dentition, ont été considérées, sans raison valable, comme des causes provocatrices.

Mais, parmi ces cas d'hystérie réflexe, il en est certains, mieux étudiés, qui semblent reposer sur des bases plus solides et qui jettent quelque lumière sur des faits embarrassants. Nous avons en vue les cas d'hystérie provoqués par les végétations adénoïdes du pharynx nasal et certains troubles des organes génitaux.

L'organisme, très fréquent dès la première enfance, peut provoquer la névrose, et, dans la thèse de Petit, il existe des cas de cet ordre qui nous paraissent probants ; mais, des faits bien plus curieux, et qui ne peuvent s'expliquer que par une influence réflexe dont l'irritation sexuelle serait le point de départ, c'est l'apparition de manifestations franchement hystériques chez de jeunes sujets atteints de *phimosis* ou d'*adhérences préputiales* et leur disparition rapide, à la suite d'une intervention.

Denucé raconte l'histoire d'une dizaine de ces petits malades chez lesquels la circoncision ou la libération du prépuce adhérent fit disparaître presque immédiatement tous les phénomènes hystériques qu'ils présentaient : convulsions, nystagmus, contractures, paralysies, troubles de la sensibilité et de la marche, astasie-abasie.

Cette hystérie réflexe, à point de départ préputial, est défendue vivement par plusieurs observateurs, et il semble bien que cette influence de phimosis ou des adhérences sur le cerveau s'exerce dans un certain nombre de cas. Comme l'inter-

vention est d'une grande facilité, le médecin, dans le doute, ne saurait hésiter à se servir de ce moyen de diagnostic.

Nous avons vu à la consultation gratuite de l'Hôpital Général un petit malade dont nous rapportons l'observation et dont les troubles de la marche paraissaient bien liés à un phimosis excessif. La circoncision avait été décidée autant dans un but thérapeutique que comme moyen de vérification, malheureusement la pusillanimité des parents s'est opposée à toute intervention.

Observation II.

Enfant de 18 mois. — Phimosis. — Troubles de la marche. — Astasie-abasie.

Le petit malade est âgé de 18 mois, et quand il se présente à l'Hôpital Général, à la consultation de M. le professeur Bosc, voici ce que notre maître constate : L'enfant, bien développé et d'apparence robuste, est faible des jambes, et la mère nous raconte que cette faiblesse date de 5 à 6 mois, et que depuis lors le petit garçon ne peut se tenir debout. Cependant les membres inférieurs sont bien développés ; les reliefs musculaires sont normaux et l'enfant agite ses jambes avec force. La force musculaire est évidemment normale pour les membres inférieurs, mais dès qu'on met l'enfant debout, les jambes fléchissent (astasie), ou bien il n'arrive à se tenir qu'avec peine, avec des oscillations de tout le corps, et il culbute avec facilité. Quand on essaye de le faire marcher, son corps se penche tout en avant, il tomberait si on ne le tenait (abasie). Placé à terre, il se tourne facilement dans tous les sens et marche même à quatre pattes. Les réflexes sont normaux.

Du côté des os, des articulations, du périoste, on ne trouve rien ; il n'y a aucune trace de rachitisme.

Le prépuce est allongé, et il existe un phimosis complet. On conseille, comme traitement, l'opération du phimosis.

Les végétations adénoïdes, avons-nous dit, ont été rangées également parmi ces causes provocatrices de l'hystérie, et l'on

s'est demandé si l'on ne pouvait pas mettre sur leur compte les symptômes nerveux observés chez les jeunes enfants qui en sont porteurs. Plusieurs auteurs, et M. Chaumier entre autres, ont constaté chez les enfants hystériques la présence de ces tumeurs adénoïdes et ont établi entre elles et la névrose un rapport de causalité. Mais chez les jeunes sujets prédisposés à l'hystérie, dont la plupart sont des strumeux, rien de plus commun que cette affection. Et, d'ailleurs, pourquoi attribuer à l'hystérie des manifestations nerveuses qui ne sont que de simples phénomènes passagers, dus à une action réflexe et qui n'ont, le plus souvent, avec la névrose qu'un simple rapport de coïncidence.

Pour expliquer l'apparition de tous ces troubles sous l'influence des causes pathogènes ou provocatrices, c'est-à-dire la pathogénie et la physiologie pathologique, des hypothèses bien diverses ont été soutenues. On a invoqué l'autosuggestion ; ou bien l'on a vu là un rôle purement mécanique et attribué tous les accidents à un affaiblissement considérable de l'organisme, à une asthénie nerveuse, créant un *locus minoris resistentiæ*, un terrain ainsi tout préparé pour le développement de la névrose ; on a pensé, enfin, à la toxicité des humeurs, et on a vu dans l'hystérie la conséquence d'une intoxication par l'accumulation dans l'organisme des produits nuisibles non éliminés : toxines, leucomaines, ptomaines et poisons divers. Ce sont là autant de conceptions qui réalisent toutes, pour des cas particuliers, une part de vérité, et qui, chez un même malade, trouvent souvent leur triple application.

Nous avons cru, dans ce premier chapitre, devoir insister longuement sur toutes les causes de la névrose hystérique chez l'enfant, par suite de leurs caractères particuliers, persuadé qu'une fois la cause du mal bien connue, une thérapeutique raisonnée peut donner, dans beaucoup de cas, des résultats surprenants.

CHAPITRE II

Hystérie chez le Nourrisson et dans la première Enfance.

A. — SYMPTOMATOLOGIE.

En 1885, dans un travail sur les maladies dites de dentition, lu au Congrès de Grenoble, M. le D^r Chaumier indiquait l'hystérie comme une des causes fréquentes des convulsions infantiles. Il montrait que bon nombre de symptômes nerveux attribués à l'évolution dentaire ou désignés sous le terme générique d'éclampsie, n'étaient que des manifestations de l'hystérie. Une grande quantité de faits étaient nécessaires pour asseoir ces formes rares de la névrose.

M. Chaumier a réuni dans ce but plus de 150 observations et est arrivé à des résultats intéressants et assez précis. C'est donc à ses travaux et à ceux d'Ollivier que nous emprunterons de nombreux éléments ; ce sont d'ailleurs les seuls qui puissent nous donner une idée assez exacte de la névrose au début de la vie. Nous rapporterons les faits observés par ces auteurs, nous réservant de les discuter plus tard.

L'hystérie existe chez les nourrissons et les jeunes enfants, et ses manifestations sont plus fréquentes qu'on ne le croit. Si jamais on n'en a parlé, c'est parce qu'une fois les mots d'éclampsie et de dentition prononcés, il semblait autrefois inutile de rechercher autre chose qui pût donner des états nerveux observés une

explication plus satisfaisante. La névrose hystérique peut, chez les nourrissons et dans la première enfance se montrer à des degrés divers, à chacun desquels correspondent des phénomènes d'un ordre particulier. Dans un premier degré, ce sont des phénomènes purement émotifs; dans un second, des attaques convulsives, parfois des contractures. Les symptômes hystériques peuvent se montrer encore sous l'aspect de paralysies, de tremblements ou de simples réflexes, autant de modes que nous allons successivement passer en revue.

1^{er} DEGRÉ : 1^o *Phénomènes émotifs*. — A ce premier degré correspondent ces colères violentes, fréquentes et non motivées dont l'accès ressemble à un paroxysme maniaque. Le jeune enfant est couché dans son berceau, puis tout à coup, sans motif, il se met à crier violemment, sa face devient rouge, turgescence, cyanosée; la crise dure quelques secondes, puis cesse subitement, et tout rentre dans l'ordre. A-t-il besoin de prendre le sein, sa nourrice s'éloigne-t-elle de son berceau, vient-elle à caresser un autre enfant, le petit bonhomme entre dans une fureur qui disparaît aussi promptement qu'elle est venue.

L'enfant, dans l'intervalle des crises, est exigeant, et se fera obéir, il gouvernera déjà sa maison, et si sa mère n'est pas toujours prête à supporter ses caprices, si par un hasard quelconque une personne étrangère remplace celle-ci, il devient furieux, se cyanose et pousse des gémissements. Si l'on tarde à le satisfaire, sa colère augmente de plus en plus, et une véritable attaque peut survenir. Du reste, tous les intermédiaires entre les simples colères et les vraies crises peuvent parfaitement exister.

Le degré le plus faible consiste donc en colères vives à répétition; sans cause suffisante, se manifestant par des cris. A un degré de plus, l'enfant raidira ses membres plus ou moins; sa face sera congestionnée comme chez les hystériques adultes,

plus rarement pâle, et un tremblement pourra accompagner ou suivre ces ébauches d'attaques. Certains enfants se roulent même sur le sol ou sur leur lit, faisant de grands mouvements de bras et de jambes, sans toutefois perdre connaissance.

Observation III.

(Communiquée par M. le Dr Chaumier, de Tours.)

Marcel C..., 3 mois. Depuis l'âge d'un mois, il crie d'une façon particulière, qui a effrayé les religieuses de la Crèche. Ces cris se font entendre chaque fois que sa mère s'éloigne de lui ou ne le prend pas dans ses bras quand il le désire ; en un mot chaque fois qu'on le contrarie.

En frappant légèrement la figure du bout des doigts, on arrive facilement à provoquer ces cris ; si on recommence, on le fait crier plusieurs fois de suite. Il pousse d'abord cinq ou six petites expirations précipitées, puis ouvre la bouche et crie très fort. Il crie de plus en plus fort en ouvrant la bouche, de plus en plus et en reprenant de moins en moins respiration. Il devient d'un rouge intense, ferme les yeux, mais ne s'arrête pas de crier. Bientôt il crie de moins en moins fort, pousse quelques soupirs, et tout est terminé. En criant, il écarte les bras en croix, ils sont agités de petits mouvements, mais ne sont pas complètement raides.

A un degré plus avancé encore, le tableau change complètement ; après que l'enfant s'est agité, qu'il a crié de toutes ses forces, qu'il a présenté une congestion de la face allant jusqu'à la cyanose, et une raideur musculaire des membres, on entre dans une phase de silence profond et pénible. Les muscles restent contracturés, la face devient pâle, les mâchoires sont serrées, l'enfant a perdu connaissance ; le plus souvent on ne remarque aucun mouvement, mais ils peuvent exister, et l'attaque peut être complète. C'est ce tableau que le peuple a dénommé *pamoison*. Les parents disent alors que l'enfant se pâme ou bien qu'il ne peut jeter son cri. Cette *pamoison*, est une des mani-

festations communes de l'hystérie infantile. Notre petit rachitique, dont nous verrons plus loin l'observation, présentait absolument, et à ce même degré, toutes ces manifestations nerveuses. Cette pamoison, M. Chaumier l'a observée dix-neuf fois. Trois de ses petits malades appartenaient à des familles où plusieurs membres avaient présenté des symptômes franchement hystériques. Deux sœurs de l'un d'eux étaient des nerveuses ; l'une âgée de 12 ans avait une émotivité extraordinaire, parlait ou émettait pendant le sommeil des sons bizarres ressemblant à des grognements. Elle avait de l'insensibilité de la muqueuse oculaire, qu'on pouvait toucher sans provoquer le réflexe pupébral. Sous l'influence de la colère, il se produisait des attaques avec sensation de boule, étouffement, mouvements convulsifs. « Elle se tortille, disait la mère, comme une vermine ». Chez l'autre sœur, plus âgée d'un an, il y avait des phénomènes nerveux de même ordre.

Un autre enfant présente à 7 mois des pamoisons fréquentes ; sa mère a eu des attaques d'hystérie.

Chez une fillette de 28 mois, les accidents n'allaient pas jusqu'à la perte de la connaissance, elle devenait rouge, se roulait par terre, tandis que ses membres se raidissaient. Les mêmes symptômes, mais à un degré plus marqué, avaient été présentés par un de ses frères âgé de 13 ans. Une sœur avait des terreurs nocturnes qui la réveillaient en sursaut presque toutes les nuits.

Voici une observation de cet ordre fort intéressante.

Observation IV.

(Communiquée par M. le Dr Chaumier, de Tours.)

Marcel T..., a 5 mois et demi, il a quelques végétations adénoïdes, un peu de diarrhée.

14 décembre. Ce matin, il a jeté un cri, a pâli. Les yeux se sont convulsés, il avait ensuite l'air abattu.

16. Dans son berceau, au milieu de cris de colère, il s'est tu tout d'un coup ; il était raide ; il est revenu à lui deux minutes après.

14 avril. Depuis deux mois, quatre fois par jour au moins il se raidit, allonge ses bras, tourne ses yeux et perd connaissance. Il est blanc, froid, cela dure 5 minutes environ. Ensuite il est très abattu. Ces attaques le prennent surtout quand il est très contrarié, quand une personne qu'il ne connaît pas veut le prendre dans ses bras, quand sa mère ne reste pas à côté de lui. Il reste raide jusqu'à ce qu'il ait jeté son cri. Au moment de revenir à lui, il a de petits mouvements dans les membres, puis il pousse des soupirs rauques comme les râles d'un mourant. Lorsqu'il commence à se raidir, le corps tend à former l'arc de cercle en arrière.

1^{er} août. Marcel vient d'avoir la rougeole. Il y a huit ou dix jours il a eu des convulsions. Pendant son sommeil, il entr'ouvrait les paupières et ne laissait voir que le blanc des yeux ; à 3 heures du soir son corps se mettait en double, ses genoux fléchissaient et ses jambes se renversaient en arrière ; il criait. Par moments, il allongeait les jambes, son corps était raide. Il se débattait ensuite et remuait ses membres ; cette attaque durait un quart d'heure.

L'enfant reste toujours très nerveux, il se raidit, devient noir et ne peut jeter son cri quand on le contrarie. On ouvre un petit abcès à la cuisse ; l'enfant s'efforce de crier, mais reste la bouche ouverte, ne jette pas de cri, change de couleur, puis ferme les yeux et devient raide. Ensuite il crie et revient à lui.

6 septembre. Marcel tousse depuis trois jours, rien à l'auscultation de bien intéressant. Il se pâme et perd un instant connaissance pendant qu'on l'ausculte. Il s'efforce de crier, ouvre la bouche, fait de petites expirations de plus en plus petites, puis imperceptibles, saccadées, et enfin il devient bleu. Au bout d'un instant, il revient et regarde autour de lui, tout est dès lors rentré dans l'ordre normal. Ces attaques le prennent souvent quand il voit des étrangers. Sa sœur, âgée de 27 mois, se pâme également depuis les premiers mois de son existence, une crise de pamoison dura chez elle une demi-heure.

Les enfants hystériques peuvent être pris de la même pamoison au milieu de la toux, qu'il s'agisse de coqueluche, de bronchite ou de simple coryza. Il ne faut pas confondre ces attaques convulsives avec les accès de laryngisme ou de spasmes glottiques.

2° DEGRÉ : 2° *Grandes attaques convulsives*. — S'il y a chez l'enfant des mouvements plus ou moins étendus, si la perte de connaissance se prolonge, on ne peut plus parler de pamoison. C'est à une grande attaque qu'on a affaire. Après une contrariété, ou sans cause connue, l'enfant perd connaissance pendant plus ou moins longtemps depuis quelques secondes jusqu'à plusieurs heures. Le plus souvent, son corps est rigide ainsi que ses membres, ses mains fermées, et dans quelques cas la paume est tournée en dehors par suite de la rotation du bras ; les yeux sont souvent convulsés et portés en haut. Il se joint quelquefois des secousses dans les membres contracturés. Plus rarement l'enfant se livre à des mouvements désordonnés. D'autres fois il n'existe aucune rigidité, l'enfant se laisse aller comme un corps inerte. Ces attaques peuvent se reproduire tous les mois, tous les jours et même plusieurs fois par jour.

L'enfant est pris parfois d'un véritable état de mal, semblable à l'état de mal hystérique des adultes. Ces états de mal ou attaques subintrantes, formant des séries de crises très rapprochées, ont été souvent confondus avec la méningite, et c'est là la cause du nombre assez grand de prétendues méningites suivies de guérisons (Obs. xvii).

3° *Formes monosymptomatiques*. — Mais, pas plus chez l'enfant que chez l'adulte, il n'est possible de circonscrire la névrose dans un cadre étroit, inextensible. Si l'on voulait l'exclure lorsqu'il n'existe ni grandes attaques, ni pamoisons, ni colères violentes, on commettrait souvent de très graves erreurs. Dans les premières années de la vie, l'hystérie ne se manifeste souvent que par l'existence d'un symptôme isolé, et il faut scruter avec soin le petit malade pour découvrir chez lui la névrose. Dans beaucoup de cas, en effet, il n'y a comme seule manifestation que l'absence du réflexe palpébral ou pharyngien, qu'un léger strabisme, que du nystagmus. D'autres fois, apparaissent seule-

ment des troubles digestifs : vomissements répétés, polydipsie, gloutonnerie dans les tétées. Parfois ce sera une émotivité extrême sans tendance à la colère. Comme seul symptôme de la névrose, vous verrez un flux abondant de larmes et des gaietés folles que rien n'explique, ou bien encore des éclats de rire qui arriveront chez les nourrissons au moment le plus inattendu. On en a vu même se lever du sein, rire aux éclats quelques secondes, et tranquillement reprendre ensuite leur lait.

Vous assisterez à des troubles respiratoires, à des accès de toux, des crises de dysphonie. Ne cherchez pas bien loin l'explication de ces phénomènes étranges, ils font partie du cadre des manifestations hystériques de la première enfance, et un traitement approprié les fait souvent disparaître.

Mais ce sont là, nous le reconnaissons, des faits qu'il paraît fort difficile de bien juger, surtout à cette époque de la vie où les actes physiologiques et morbides sont à la fois pleins de ressemblances et de confusions.

4° *Sensibilité.* — Il est très difficile d'observer, chez le nouveau-né et le très jeune enfant, les troubles de la sensibilité, anesthésies et hyperesthésies ; peut-être existent-elles, mais nous n'avons aucun moyen pour nous en rendre compte d'une façon bien certaine.

5° *Contractures.* — Les contractures échapperont moins facilement à l'observation du médecin, et c'est là une des formes fréquentes sous lesquelles se montre l'hystérie dans le jeune âge. Des auteurs ont cité des contractures des membres spontanées ou succédant à des convulsions, durant plus ou moins longtemps, et disparaissant soit spontanément, soit à la suite d'une nouvelle attaque convulsive. M. Chaumier nous en a communiqué trois observations.

Observation V.

Georgette V..., 20 mois. Convulsion à 18 mois. En buvant, sorte de hoquet. Le lendemain, les pieds et les mains étaient contracturés, les pieds droits, raides ; les mains fermées et fortement serrées. Cela dura cinq jours. Le cinquième jour, hoquet. Pendant un mois, ce hoquet revenait si on la contrariait. Elle tomba un jour dans une sorte de léthargie, pâle, allongée, raide, sans mouvement. Durée : un quart d'heure. La mère a eu dans sa jeunesse des convulsions jusqu'à 4 ans.

Observation VI.

E..., 6 ans, a eu des convulsions jusqu'à l'âge de 2 ans ; la première fois à 5 mois, ensuite presque toutes les semaines. Il se raidissait ; ses yeux se convulsaient ; grincements de dents ; il perdait connaissance ; ne criait pas ; durée de la crise, cinq minutes. Ses doigts restaient quelquefois raides plusieurs jours ; ils restaient allongés et détournés. Ces sortes d'attaques le prenaient en jouant ou en mangeant. Un frère, 15 ans et demi, a du nystagmus.

Observation VII.

X... est une fillette qui à 6 mois a eu des attaques convulsives qui duraient deux heures ; elle aurait eu de plus les jambes tordues jusqu'à 3 ans ; à 9 mois, elle est atteinte d'une maladie inflammatoire des poumons, plus tard elle a la varicelle et devient anémique. Les pieds sont parfois raides, allongés pendant vingt-quatre heures, assez fortement contracturés. Elle éprouve de violentes douleurs intercostales du côté gauche et dans les gouttières vertébrales ; émotivité extrême, faiblesse d'une des deux jambes ; frayeurs nocturnes. La fillette a aujourd'hui 14 ans, elle est manifestement hystérique ; ses contractures de l'enfance se rapportent donc bien à l'hystérie.

6° *Paralysies*. — Chez d'autres jeunes enfants, ce ne sont pas des contractures mais des paralysies que l'on observe comme manifestation de la névrose hystérique. Le D^r Gillette parle

d'une monoplégie brachiale hystérique chez un enfant de 17 mois ; Grancher cite une paralysie hystérique chez un enfant du même âge. M. Chaumier nous en a communiqué ces cas.

Observation VIII.

Rachelle D..., 22 mois. Convulsions à 8 mois, cinq en deux jours. Ses dents étaient serrées ; la fillette était violette, cyanosée, tout à fait raide, et, à la suite de ces convulsions, elle est restée huit jours sans pouvoir remuer les jambes ni les bras.

Observation IX.

X... a eu à 3 mois de fréquentes attaques convulsives ; à 2 ans, il est atteint d'attaques paralytiques, à la suite desquelles la marche devient absolument impossible. Sa sœur, qui a 4 ans, est d'une impressionnabilité extrême ; elle a pour un rien des colères noires ; depuis l'âge de 13 mois, elle a eu successivement, à différentes reprises, des attaques convulsives, du strabisme, du tremblement et de la paralysie du côté gauche.

7° *Tremblement*. — On a chez les tout jeunes enfants hystériques observé, comme symptôme principal de la maladie, du tremblement. M. Chaumier cite un cas où le tremblement très net intéressait la jambe, le bras et la moitié correspondante de la tête. La rougeole emporta l'enfant quelque temps après. Son frère hystérique a eu également des tremblements. Henoc, dans ses leçons, rapporte aussi un cas de tremblement hystérique chez un tout jeune enfant.

8° *Astasie-abasie*. — Blocq et Denucé ont rapporté des observations de paralysies hystériques, d'astasie-abasie, dans les premiers temps de la vie, chez des enfants atteints de phimosis et d'adhérences préputiales. Nous en avons plus haut rapporté un cas (Obs. II). Il sera donc utile de songer à l'hystérie en pré-

sence, chez un petit bambin, d'impossibilité de la marche et de la station debout.

A côté de ces cas d'hystérie, en quelque sorte types de la névrose chez l'enfant au début de son existence, il en est d'autres assez rares que nous reproduisons, d'après le Dr Chaumier, à causé de leur intérêt même.

Un petit malade est pris tout à coup de pâleur, puis il tousse deux ou trois fois, il pâlit davantage, les yeux s'emplissent de larmes, et il survient des frissons qui terminent l'attaque.

Un autre a des secousses d'un seul côté du corps, de vraies convulsions hémilatérales. Jamais il ne perd connaissance.

Un troisième est atteint d'hyperexcitabilité musculaire ; lorsqu'on veut l'asseoir, il se raidit le corps ; on lui étend les bras, il les raidit et les porte en arrière. De plus, il a des pamoisons bizarres : la coloration bleue, qui accompagne ordinairement cet état, se forme par taches arrondies sur les mains et sur les joues. Les mêmes troubles circulatoires existent et peuvent persister plusieurs heures après une convulsion.

Un autre enfant a de grandes attaques pendant lesquelles les bras s'allongent, la tête se tourne sur le côté, les yeux se convulsent. Pendant 15 jours, il est en véritable état de mal, après chaque convulsion il dort. Il eut même une véritable attaque de sommeil qui dura 24 heures. Ce malade, ayant continué à avoir différentes manifestations hystériques, a eu à 4 ans une autre *attaque sommeil* qui a failli le faire porter vivant dans sa tombe : le cercueil avait été apporté.

Une petite fille de 15 mois est prise de *toux coqueluchoïde*, qui revenait tous les 15 jours ou toutes les trois semaines, pendant 4 ou 5 jours, de 8 heures à 11 heures du soir.

M. Chaumier nous parle encore d'un enfant de 14 mois, atteint d'*aphonie nerveuse* et d'un autre du même âge qui a présenté des *vomissements périodiques*. Il est fréquent aussi de

voir de tout petits enfants conserver du strabisme ou du nystagmus à la suite de convulsions.

Parmi les manifestations de l'hystérie dans les premiers mois de la vie, il y a en outre les *terreurs nocturnes* qui existent aussi bien chez les enfants de quelques mois que chez les plus grands. Mais cette *pavor nocturna* est souvent liée à l'existence de végétations, et l'on peut la guérir dans beaucoup de cas en supprimant celles-ci. Il ne faut donc pas voir toujours dans ce fait un symptôme de l'hystérie infantile.

Tout ce cortège de symptômes que nous venons de passer en revue : ces phénomènes émotifs, ces attaques convulsives, ces contractures, ces paralysies et ce tremblement, sont bien par eux-mêmes des manifestations de l'hystérie dans le jeune âge. Mais le sont-elles toujours ? C'est ce que nous allons examiner maintenant.

B. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Nous venons d'énumérer les principales manifestations symptomatiques de l'hystérie dans le cours de la première enfance. Nous les avons énumérées d'après les auteurs qui les ont rattachées à la névrose, mais il nous paraît nécessaire d'apporter quelques éléments critiques dans la discussion.

Il semblerait, d'après le tableau précédent, que l'on ait tendance à rapporter à l'hystérie tous les accidents nerveux qui surviennent dans cette période estompée de la vie. Ce serait là un excès aussi nuisible que celui qui consisterait à nier systématiquement l'hystérie du nourrisson et de l'enfant du premier âge.

Ce qui serait le plus nécessaire pour entraîner la conviction, c'est l'existence d'observations dans lesquelles le malade aurait été suivi depuis les premières manifestations de la vie extra-utérine jusqu'à l'âge adulte.

On pourrait vérifier ainsi la nature des accidents névropathi-

ques, et le développement successif des symptômes jusqu'à l'apparition des caractères indubitables de l'hystérie de l'adulte serait un criterium indiscutable.

Malheureusement, presque toutes les observations sont dépourvues d'un élément d'une si grande valeur; mais quelques observations personnelles qui entrent dans ce travail montrent tout l'intérêt qui s'attache à une pareille méthode (Ob. VII, XVII, XXI).

Le *rachitisme* est une maladie générale qui tient sous sa dépendance des manifestations nerveuses dont la ressemblance avec l'hystérie peut être très considérable. Ces manifestations peuvent se produire dès le début de l'évolution du rachitisme.

On explique actuellement les troubles généraux qui constituent la rachitisme, et en particulier les lésions du système osseux, par l'influence des ptomaïnes et des poisons morbides élaborés dans l'organisme ou veines du dehors, sur les éléments cellulaires de ce système. Il ne paraît pas irrationnel de prétendre que ces toxines agissent de la même façon sur les centres nerveux, pour produire des convulsions et un état permanent de nervosisme particulier.

Avant donc de rattacher à l'hystérie des phénomènes nerveux apparus dans la première enfance, il sera utile de songer au rachitisme et de se renseigner sur l'état du tube digestif de l'enfant, sur son appétit, sur le nombre de ses tétées et de ses selles.

Avec la diarrhée verte, un gros ventre, quelques manifestations fébriles passagères, un peu de gonflement douloureux des épiphyses, pourront évoluer des convulsions, des spasmes laryngés, de l'inquiétude, d'épouvantables colères qui relèvent pathogéniquement et sans doute possible de l'état nerveux créé par le rachitisme. C'est une pseudo-hystérie et non pas de l'hystérie vraie, ce sont des phénomènes hystéroïdes, car l'étude attentive de ces enfants montre des différences entre ces états et ceux qui dépendent de l'hystérie. D'ailleurs, traitez ce rachitisme au début, adressez-vous à l'état général, aseptisez l'intestin, surveillez et

réglez l'alimentation, et ces accidents diminueront rapidement d'intensité et de fréquence.

Les lésions rachitiques sont ici à leur début ; mais il peut arriver (et c'est là précisément ce qui affermit encore le rapport de cause à effet entre le rachitisme et les manifestations nerveuses observées) que parfois l'état nerveux s'accroisse en raison des lésions osseuses et que plus tard, ces malformations disparaissant, tous les symptômes nerveux disparaissent avec elles.

Les petits rachitiques ont des colères bleues, des pamoisons ; on observe tout aussi bien chez eux des paralysies et des contractions. Longtemps, nous avons suivi, dans le service de M. le professeur Bosc, un jeune enfant rachitique dont nous présentons l'observation. Il présentait à tout instant, à tout propos et souvent sans motif, des phénomènes émotifs au plus haut degré, des colères et même des convulsions, dont l'étude nous fournira quelques éléments de diagnostic.

Observation X.

(Communiquée par notre ami M. Albarel, interne des hôpitaux).

Rachitisme en manifestations hystéroïdes.

L'enfant occupe le lit n° 1. Il est âgé de 3 ans et n'est pas développé proportionnellement à son âge. Sa taille égale 0^m,67 ; il paraît avoir subi des privations de toute sorte et se trouve très affaibli, dans un état de dénutrition très marqué au moment de son entrée à l'hôpital. La peau présente une pigmentation brune intense sur toute son étendue.

Le faciès de ce petit malade est tout à fait particulier. Les bosses frontales sont développées ainsi que la partie postérieure de la tête. La fontanelle bregmatique existe encore, elle est largement ouverte. La figure est petite et n'est pas en rapport avec le développement du crâne. Le menton est petit, les cils sont très longs, les sourcils très prononcés ; les yeux, qui sont noirs, regardent avec fixité. La dentition n'est pas complète.

Les membres supérieurs sont peu développés, ils présentent du gonflement au niveau des épiphyses. Sous l'influence d'une ostéite d'origine rachitique, l'avant-bras droit s'est incurvé à tel point qu'il paraît y avoir fracture. A ce niveau, l'enfant souffre quand on exerce une compression.

Le thorax est petit, en carène, rétréci jusqu'à la 7^e côte ; les côtes s'incurvent de manière à former en avant une courbe à convexité postérieure. A partir de la 7^e, les côtes se portent en dehors et élargissent prodigieusement la base du thorax. Au niveau de l'articulation chondro-sternale, on sent très nettement le chapelet rachitique.

Le ventre est très développé, son volume énorme ; sur les côtés il déborde le thorax, avec lequel il fait contraste.

Les membres inférieurs sont petits, flasques. Au début, l'enfant ne pouvait pas appuyer les pieds sans pousser des cris. Les douleurs prenaient naissance au niveau des épiphyses ; la pression de ces épiphyses, les unes contre les autres, empêchait le malade d'appuyer les pieds. Les douleurs disparaissent, mais l'enfant ne peut se tenir debout ; si on le soulève, il appuie ses pieds, mais si on ne le tient pas il plie ses jambes et tombe.

Ce petit malade rachitique est toujours en proie à la dyspnée consécutive sans doute à l'étroitesse de son thorax. Il est sujet aux bronchites et s'enrhume très facilement.

Il présente des crises très nettes de laryngisme. Tout à coup il se cyanose, sa respiration devient silencieuse, les yeux se convulsent et l'enfant s'agite. Cet état dure quelques secondes, se termine par une inspiration sifflante, et tout rentre dans l'ordre.

Quand on le contrarie il se met en fureur et manifeste sa colère par des crises. Ces crises, d'ailleurs, éclatent à propos de rien. Son voisin est-il caressé, s'amuse-t-il avec un jouet que notre bonhomme désire, le voilà se cyanosant, gesticulant, poussant des cris furieux. Quand on s'approche de lui, qu'on le lève sur le lit pour l'examiner, la crise éclate presque aussitôt, souvent avec des pleurs très abondants. En même temps, il y a de la congestion du côté des conjonctives, le malade est en proie à une dyspnée violente, les mouvements inspiratoires sont saccadés, et après deux ou trois minutes de cet état en apparence inquiétant, la respiration reprend son cours et l'enfant redevient calme.

Cet enfant n'a-t-il pas des convulsions, des colères, des pamoisons, des enraidissements qui ressemblent à ceux des enfants des observations précédentes ? Relèvent-ils cependant de l'hystérie ?

Tout d'abord, les antécédents et l'examen du petit malade nous indiquent nettement l'existence du rachitisme. Ce rachitisme est même chez lui héréditaire ; il est fréquent chez les collatéraux.

L'enfant a 3 ans, et il ne marche pas, sa tête est volumineuse, ses fontanelles et ses sutures très incomplètement fermées, un chapelet thoracique avec déformation du thorax en ailes avec gouttières latérales, des déformations et déviations des os des épiphyses très volumineuses et une courbure des os de l'avant-bras droit à angle obtus. En même temps il présente du blépharospasme ; pendant la nuit, de temps à autre, il est secoué brusquement par une toux coqueluchoïde suivie de respiration très difficile ; ou bien il a un violent accès de laryngisme. Ses colères sont violentes et éclatent pour un rien. Il pleure avec rage, sa face se congestionne, puis se cyanose, les veines du front se gonflent et ses cris vont en augmentant jusqu'au moment où il est saisi par un vrai spasme de la glotte avec difficulté extrême de la respiration arrivant jusqu'à une apnée complète. A ce moment apparaissent des sueurs froides au menton et aux commissures labiales, sur le front, et un abattement extrême suit ces véritables crises. Tout cela n'appartient nullement à l'hystérie ; c'est du domaine du rachitisme.

Le laryngisme, les spasmes de la glotte, la laryngite striduleuse, les convulsions généralisées simulatrices de celles de l'hystérie, pourront dépendre encore de lésions de l'*arrière bouche* ou du *larynx*. L'évolution générale du petit être, la croissance même et toutes les actions réflexes un peu vives sont autant de causes auxquelles il faudra penser. Il sera fort épineux le plus souvent de démêler la part qui appartient à ces affections et

celle qui peut appartenir à l'hystérie dans l'apparition des *convulsions*.

Il est d'autres réflexes propres à l'enfant qui peuvent être pris souvent, dans leurs effets durables, pour des accidents hystériques. La cause disparaît d'elle-même ou bien on la supprime, et tout rentre dans l'ordre normal. Nous n'en voulons pour preuve que ces manifestations nerveuses mises sur le compte des oxyures ou des ascarides et attribuées à l'hystérie. Ce sont là des phénomènes nerveux qui relèvent d'un mécanisme encore mal élucidé; ils n'ont aucun rapport avec l'hystérie, mais ils pourraient en être cependant les causes occasionnelles.

Les *paralysies* hystériques de la première enfance peuvent être confondues avec celles qui sont d'origine articulaire ou osseuse, car, bon nombre, on le sait, sont la conséquence de lésions inflammatoires ou traumatiques des articulations et des os : ankyloses, luxations ou fractures congénitales, début d'ostéomyélite, foyers de tuberculose osseuse, synovites de l'enfance. La marche de l'affection mettra souvent sur la bonne voie. D'ailleurs, dans ces paralysies secondaires, se trouve le plus souvent de l'amyotrophie persistante, elles sont durables et les agents anesthésiques n'amènent chez elles aucun changement. De plus, il pourra exister des points douloureux caractéristiques des lésions de l'os ; les membres sont dans une position atténuant la douleur, un choc léger produit sur l'os ou l'article provoque des cris de souffrance.

Ces paralysies hystériques, d'autre part, ne peuvent être confondues avec les paralysies dites infantiles (myélites des cornes antérieures avec lésions des grandes cellules). Le mode apyrétique de leur début, la conservation des réflexes et des réactions électriques, leur exclusion et leur marche toutes différentes ne peuvent prêter à confusion.

Les névrites périphériques amenant des paralysies qu'on pourrait croire d'origine hystérique sont rares dans la pre-

mière enfance ; et d'ailleurs, les troubles trophiques, la suppression des réflexes et de la contractilité électrique, parfois la sensation sous la peau ou dans les tissus de nerfs indurés et hypertrophiés, permettront de reconnaître l'origine de la paralysie.

La paralysie musculaire pseudo-hypertrophique, myopathie fréquente dans l'enfance, ne peut être confondue avec une paralysie hystérique. L'aspect même du muscle hypertrophié, la consistance scléro-adipeuse, la diminution de la contractilité électrique, le contraste de cette hypertrophie fausse, avec l'atrophie réelle de certains autres muscles, ne feront pas penser à l'hystérie.

Les affections précédentes, en général, n'offriront pas un diagnostic bien difficile d'avec l'hystérie.

Mais nous voulons attirer l'attention sur deux manifestations morbides bien plus fréquentes, dans la première enfance, qu'on ne le croit, la *tétanie* et la *maladie de Little* à un degré léger.

C'est ainsi que certaines observations (v, vi) nous paraissent se rapprocher bien plus de l'une ou l'autre de ces deux dernières maladies que de l'hystérie.

Un enraidissement des membres, avec couleur cyanosée et refroidissement des extrémités, devra faire rechercher aussitôt l'état du tube digestif, et souvent l'existence d'une diarrhée verte permettra d'éliminer l'idée d'une affection nerveuse pour faire penser à une autointoxication intestinale à manifestations tétaniformes. Ces faits sont d'une fréquence extrême chez les enfants et pourraient entraîner des erreurs d'appréciation préjudiciables au traitement.

Cette malade, citée par Chaumier, qui avait de l'hyperexcitabilité musculaire, qui se raidissait le corps quand on voulait l'asseoir, qui a des plaques de cyanose arrondies sur les mains et sur les joues, spontanément ou après des convulsions, nous paraît relever bien plus de la rigidité spasmodique congénitale que de l'hystérie. Pour fixer le diagnostic dans les cas où les symptômes sont légers, on devra rechercher si l'enfant n'est pas né

avant terme et en état d'asphyxie, et si cet état d'enraidissement n'est pas permanent à un degré quelconque. Les maladies de Little à leur degré inférieur sont le plus souvent méconnues, et cependant dans l'espace de deux mois nous avons pu en observer trois cas dans le service du D^r Bosc.

Toutes ces différentes manifestations nerveuses étant fréquentes, surtout dans la première enfance, et comme il est fort utile, au point de vue pronostic et traitement, de faire le diagnostic le plus tôt possible, nous avons tenté d'en établir le diagnostic différentiel. Pour ce qui regarde les méningites, la tuberculose, l'épilepsie, la chorée, la fièvre typhoïde et autres états morbides qui peuvent simuler l'hystérie, et qui sont d'ailleurs communs à la première et à la seconde enfance, nous renvoyons, pour éviter les répétitions, l'étude de ce diagnostic au Chapitre III. Ce que nous tenons à dire cependant avant de terminer l'histoire de la névrose dans les premières années de la vie, c'est que bon nombre de méningites, péritonites, bacilloses et autres maladies fréquentes à cet âge, ont pu être considérées comme guéries, alors qu'il ne s'agissait que de symptômes et d'accidents hystériques.

Nous disons donc, pour nous résumer, que l'hystérie existe chez le nourrisson et le tout jeune enfant, et elle existe sous certaines formes spéciales que nous avons étudiées. Mais il faut avant tout éviter la généralisation et ne pas voir dans toutes les manifestations nerveuses de l'enfance des accidents de l'hystérie. Il faut bien observer et bien juger, chez les jeunes sujets c'est un travail fort complexe. Pour être actuellement certain, en présence de symptômes nerveux divers, que ces symptômes appartiennent en propre à l'hystérie, il faudrait avoir des observations nombreuses, semblables aux observations VII, XI, XVII et XXI, où l'enfant n'aurait pas été perdu de vue et chez lequel l'hystérie se serait plus tard développée nettement comme une suite directe des accidents primitifs.

CHAPITRE III.

Hystérie dans la seconde Enfance et dans l'Adolescence

A. — SYMPTOMATOLOGIE.

L'hystérie dans la seconde enfance et l'adolescence se manifeste d'une façon beaucoup moins bruyante que chez l'adulte et semble évoluer avec une allure et un caractère tout particuliers. Le plus souvent, en effet, elle apparaît sous une forme unique, un seul symptôme la caractérise, et il faut d'après ce symptôme savoir la dépister : elle est, comme on l'a dit, *mono-symptomatique*.

Chez l'adulte, on se base pour la recherche de la névrose sur l'existence de symptômes qui sont permanents et presque invariables et qui constituent les *stigmates* de l'hystérie. Ces stigmates sont divisés en moteurs, sensitifs et mentaux.

Parmi les *stigmates moteurs* on range les grandes attaques régulières et complètes d'hystérie et d'hystéro-épilepsie avec prodromes, aura, boule épigastrique, strangulation laryngée. La première période arrive ensuite avec ses phases toniques, et de résolution musculaire. A cette période succède celle des contorsions et des grands mouvements rythmés, puis la période des attitudes passionnelles et enfin la période de délire. D'autres fois ces stigmates moteurs seront caractérisés par des contractions, des convulsions ou des paralysies parfaitement nettes et possédant tous les caractères des phénomènes hystériques :

arrivée ou cessation subite de ces phénomènes, leur disparition pendant l'anesthésie; conservation des réactions électriques.

Les *stigmates sensitivo-sensoriels* portent chez l'adulte sur la sensibilité générale et sur les sensibilités spéciales. Ici se groupent une foule de symptômes sur les lesquels nous ne pouvons insister et qui caractérisent au plus haut point la névrose. Ce sont les anesthésies pouvant être générales ou partielles, comprendre la peau et les muqueuses. Elles se montrent sous toutes les formes et à tous les degrés : hypesthésie, anesthésie totale, hémianesthésie, anesthésie segmentaire en gigot, en manchette ou en bracelet. Les hyperesthésies, les zones hystérogènes, font partie de ces stigmates et les troubles du côté de la vue y trouvent leur place : rétrécissement concentrique du champ visuel, inversion du cercle des couleurs, amblyopie, amaurose.

Parmi les *stigmates mentaux* viennent se classer les amnésies, l'aboulie, les troubles enfin des émotions et du caractère, autant de phénomènes qu'on retrouve presque toujours chez l'hystérique adulte. Parfois ces troubles peuvent prendre un développement plus considérable, arriver jusqu'au délire vésanique et constituer une véritable folie hystérique.

Nous n'insistons pas davantage sur cette énumération de symptômes bien connus de l'hystérie de l'adulte.

Chez l'enfant il ne faut pas compter sur tout ce cortège de symptômes permanents.

Comme nous l'avons dit, un seul symptôme existe souvent, et nous insistons là-dessus à cause de l'importance que prend son étude pour le médecin.

Examinons donc quels sont, chez l'enfant, les différents troubles relevant de l'hystérie et voyons comment ils se marquent du côté de la motricité, de la sensibilité et de ses centres psychiques.

1° TROUBLES MOTEURS

L'*hysteria major*, les grandes attaques d'hystéro-épilepsie telles qu'on les rencontre chez les adultes, peuvent exister dans la seconde enfance, mais elles sont rares, et le nombre des observations en est restreint. Charcot et Bourneville, Gowers, citent quelques cas de grande hystérie avec toutes leurs phases. De leurs observations mêmes il résulte en outre que cette forme, rare chez les jeunes enfants, serait de beaucoup plus fréquente chez les filles que chez les garçons.

Les attaques d'hystérie infantile peuvent être nettes et simples, mais parfois elles s'accompagnent de phénomènes moteurs fort curieux qui donnent à l'attaque une allure toute particulière ; les crises surviennent rapidement, elles sont violentes et courtes, la chute est brusque, ou bien le petit malade reste droit sur son lit, saute avec fureur sur les chaises, les tables, etc. . . Il peut même menacer son entourage, se livrer à des actes qui ressemblent à de vraies impulsions comitiales : autant de signes qui, en même temps qu'un état mental particulier, montrent d'une façon évidente un *état anormal de la mobilité*, arrivé à son maximum (Notre malade de l'observation XXI en est un exemple frappant). Le début de ces crises fait penser volontiers à de l'épilepsie, et on devra y porter d'autant plus d'attention que Gowers et d'autres auteurs rapportent des cas d'hystéro-épilepsie à crises séparées.

Les crises de grande hystérie avec phases complètes et troubles moteurs peuvent donc exister dans la seconde enfance, mais la névrose se manifeste plus souvent sous la forme de *crises d'enraidissement* généralisées ou localisées à un groupe de muscles. Tout à coup l'enfant tombe, ses membres s'allongent, deviennent durs et rigides, les yeux se convulsent, la face se cyanose et le

jeune hystérique termine sa crise d'enraidissement par d'abondantes larmes ou des rires inattendus. Dans notre observation XI nous notons des crises d'enraidissements, survenant surtout la nuit.

Observation XI.

Hystérie à 5 ans. — Crises d'enraidissement. — Aphonie. — Pleurs. — Colères. — Péritonisme, — Paralyse avec anesthésie.

Antécédents héréditaires. — Père douleurs rhumatoïdes, excès de travail ; il a un frère mort tuberculeux. La mère, morte jeune, avait toujours été faible. Un de ses frères a un mal de Pott. Une sœur de la malade est très nerveuse et a de véritables crises de pleurs. Un frère est mort poitrinaire.

Antécédents personnels. — Marie C... a eu des *convulsions très fortes dans la première enfance*. Vers l'âge de 5 ans elle était très nerveuse ; à la moindre contrariété, elle devenait subitement rouge, comme égarée, avait de l'enraidissement des bras, puis se mettait à trembler de tous ses membres, le tout se terminait par une crise de pleurs.

A 14 ans, après avoir été grondée par son frère le matin, « elle gardait ses reproches sur le cœur ». — Quand le soir, tout à coup, tandis qu'elle frottait un meuble, ses bras s'étirent malgré elle, deviennent raides, les mains tournées en dehors, les pouces fermés. Elle s'assied, mais aussitôt les jambes s'enraidissent, elle demeure comme une barre de fer, sans perte de connaissance. Elle veut essayer de parler, mais elle ne pouvait articuler que la syllabe « Je !... je !... »

Cela dure 10 minutes, puis les bras se détendent, sa peau se couvre d'une *sueur froide*. Toute la soirée, elle demeure étourdie, les yeux voilés.

La nuit, elle a des cauchemars dans lesquels elle voit des personnes qui viennent l'assassiner.

A 18 ans, elle est prise d'une *aphonie* complète qui disparaît au bout d'un mois.

Bientôt après, étant bonne et fatigant beaucoup, elle a brusquement une paralyse de tout le côté gauche avec anesthésie complète.

Un beau matin elle a une sensation de chaleur qui part des doigts

et des orteils, monte dans les membres, et les phénomènes paralytiques disparaissent.

Dans les mois qui suivent, le tableau clinique se charge encore, et l'on observe des vomissements et des fèces sanglantes et un péritonisme hystérique tellement prononcé que l'on croit à une péritonite et qu'on fait une laparotomie.

L'examen de la malade fait à cette époque permet de déceler tous les stigmates classiques de l'hystérie : anesthésie gauche, rétrécissement très accentué du champ visuel, tremblements, troubles vasomoteurs et nutritifs intenses.

Chez cette malade, on le voit, les manifestations de la névrose ont apparu avec les convulsions dès le plus jeune âge ; les crises d'enraidissement existent pendant l'enfance et plus tard à la puberté se transforment en grandes attaques.

D'autres fois l'attaque, au lieu de se marquer uniquement par des enraidissements, s'accompagne de *contractures intenses*, et le corps de l'enfant prend alors la forme d'un arc de cercle. Le jeune névrosé se double en arrière, la nuque touchant les talons, faisant ainsi de son corps un pont véritable, l'arc peut être latéral ou fermé en avant. La crise dure quelques secondes, et tout revient ensuite à l'état normal pour recommencer quelques minutes après. Et tout cela sans perte de connaissance, avec conservation du souvenir de ce qui s'est passé. Il nous souvient d'avoir vu, en 1895, au mois de juin, dans le service de M. le professeur Grasset, un jeune enfant de 13 ans qui faisait par jour et sur son lit plus de cent cinquante fois l'arc de cercle, la fréquence semblant augmenter si le malade remarquait par hasard qu'on s'intéressait à lui. Ce sont là des crises qui représentent des attaques incomplètes d'hystéro-épilepsie.

Ces crises d'enraidissement, comprenant ici presque tous les muscles, peuvent cependant se localiser à un certain groupe. Il était, au mois de janvier 1896, dans le service de M. le professeur Bosc, à la salle des filles, une jeune enfant de 6 ans, dont

toutes les crises consistaient à tordre les bras, à les allonger, à les enraidir en leur faisant subir des mouvements de rotation en dehors. La jeune hystérique devenait pâle, sa figure prenait l'aspect de la cire. Ces crises revenaient cinq à huit fois par jour et se terminaient par des phénomènes émotifs de nature diverse (pleurs, mélancolie, colères). L'enraidissement était bien localisé aux bras. Dans l'observation qui suit, et qui se rapporte à une petite adolescente, cet enraidissement, accompagné de contraction, comprend toute une moitié du corps et s'y localise.

Observation XII.

Petite hystérie convulsive chez une enfant de 11 ans. — Fréquence des crises.
Pleurosthotonos hystérique. — Convulsion des globes oculaires.

J. T. âgé de 11 ans, est une anémique d'apparence très nerveuse ; son état général est assez bon. Caractère émotif, capricieux et sensible.

Dès l'enfance, quelques convulsions apparaissent mais rares ; actuellement en 1895, au moment de notre examen, de vraies crises tourmentent la malade, se répétant jusqu'à 32 et 35 fois dans la journée.

Antécédents héréditaires. — La mère est très nerveuse ; la grand-mère paternelle morte de thrombose avec nécrobiose cérébrale. Les autres parents tous bien portants.

Antécédents personnels. — Sauf son anémie, l'enfant s'est toujours bien portée et n'a jamais été malade pendant ses premiers ans. Elle n'a jamais toussé ni craché et paraît actuellement (mois d'août) dans un état satisfaisant de santé. Des crises ont apparu à dix ans et sont devenues aujourd'hui courtes et très fréquentes.

Sous n'importe quel prétexte et souvent sans motif, la petite malade s'évanouit sans perdre connaissance, se souvient des personnes qui l'entourent et entend ce que l'on dit pendant son attaque ; la chute est lente, elle sent venir sa crise par « un quelque chose qui lui monte du ventre », elle tombe et subitement on assiste à un *enraidissement* avec *contracture* siégeant sur le côté droit et formation d'un

arc de cercle latéral ; le cou tombe en arrière et se raidit. Jamais d'écume à la bouche ; pas de morsure de la langue, ni d'urine durant la crise ; les globes oculaires sont convulsés ou portés en haut ; la pupille, immobile, est dilatée. Pas de clownisme, pas d'hallucinations, ni d'attitudes étranges.

L'attaque dure environ 30 à 40 secondes, et se termine par des rires ou des pleurs. La pression de la région ovarienne droite donne lieu à une crise semblable.

En dehors des crises, l'enfant présente une anesthésie pharyngée très marquée. Diminution du réflexe conjonctivo-palpébral. Champ visuel normal. Points douloureux sincipital, frontal et sous-mammaire droit. Jamais de paralysies. Toutes les sensibilités sont conservées.

Un traitement approprié amène une amélioration notable dans l'état de la malade. Actuellement les crises ont disparu.

Des *mouvements choréiformes* apparaissant chez l'enfant peuvent, au même titre que l'enraidissement et la contracture, servir à dépister l'hystérie, et leur présence seule suffit parfois pour caractériser la névrose. Sous cette forme, se montrent ces spasmes divers consistant en mouvements involontaires et rythmés qui se manifestent au repos. La *chorée rythmique* en est le type le plus fréquent, le plus connu, et nous n'y insisterons pas. Les secousses toujours cadencées sont coordonnées pour un but. Elles imitent en effet certains mouvements d'expression comme la danse (chorée saltatoire), comme les actes de ramer, forger, nager, frapper (chorée natatoire, malléatoire). Parfois sans motif, inconsciemment, les jeunes névrosés se mettent à saluer profondément, à faire de grands gestes, et cela dans la cadence la plus parfaite, le rythme le plus régulier (chorée salutatoire, gesticulatoire). C'est, en un mot, dit Charcot, une reproduction plus ou moins fidèle d'actes voulus, logiques, intentionnels. Trousseau cite dans ses cliniques le cas d'un enfant lancé tout à coup en avant, comme par un ressort, mouvement régulier qui se reproduisait plusieurs fois dans les 24 heures.

A côté de cette chorée rythmique toujours hystérique, on a,

dans l'adolescence, rangé, parmi les manifestations de la névrose qui nous occupe, ces mouvements involontaires, irréguliers, illogiques et contradictoires, identiques à la chorée vulgaire et qu'on a décrits comme une forme arythmique de l'hystérie. Nous verrons plus tard ce qu'il faut en penser, mais dans ces cas, pour le dire en passant, il semble plus logique d'admettre chez un même sujet l'association de deux névroses distinctes évoluant séparément : la chorée et l'hystérie. Le manque de cadence, de régularité et de rythme ne peut faire penser à celle-ci. (Pitres, Charcot, Joffroy).

Il est encore une forme particulière sous laquelle apparaît l'hystérie dans l'enfance et connue sous le nom de *chorée électrique de Hénoch*, qu'on ne doit point confondre avec la chorée de Dubini, qui, elle, appartient en propre à la chorée. La chorée de Hénoch est une névrose convulsive qui se développe surtout chez les enfants de 10 à 14 ans. Elle se caractérise par des mouvements involontaires, brusques, saccadés, siégeant simultanément ou isolément dans les muscles de la tête, du tronc ou des membres. Ils se reproduisent plusieurs fois par minute avec un rythme uniforme pendant un temps plus ou moins long.

La durée de cette chorée électrique est indéterminée et varie de quelques jours à quelques années ; tous les traitements peuvent échouer, quelquefois un simple vomitif (Berlaud), une séance de faradisation, font tout disparaître.

Cette maladie est-elle indépendante de l'hystérie ? Oui, pour certains, non, pour Pitres : ce seraient des spasmes rythmiques dépendant de la chorée hystérique. Ces accidents, en effet, surviennent souvent chez des enfants de parents hystériques ou névropathes, à la suite d'émotions morales vives, de chagrins profonds, de frayeurs violentes. Hénoch en cite trois cas fort intéressants et parfaitement démonstratifs. Un enfant est pris subitement de cette chorée après avoir vu un cadavre de femme qui était pendu ; un second après le bruit imprévu d'une ferme-

ture de porte ; un autre enfin, après une chute dans un escalier.

Tordens parle également d'un enfant pris de convulsions rythmées du cou après avoir été mordu par un chien.

Lorsque, de plus, les accidents sont développés, ils coexistent souvent avec des symptômes permanents ou transitoires, mais nettement hystériques. La guérison, en outre, est souvent subite sans convalescence sous l'influence de médicaments les plus disparates. Tout cela permet donc de penser que la chorée électrique n'a pas d'existence propre et que souvent, si ce n'est toujours, elle est une manifestation de l'hystérie infantile : une variété des spasmes rythmiques hystériques.

Grâce à l'obligeance de notre ami, M. Gibert, interne du service, nous pouvons présenter l'histoire d'une petite malade qui montre, comme accidents hystériques, des caractères très nets et très instructifs.

Observation XIII.

(Service de M. le D^r Bosc).

Mouvements involontaires rythmés. — Phénomènes paralytiques. — Inquiétude, irritabilité et colères terribles. — Crises syncopales et pleurs. — Cauchemars terrifiants. — Aphonie. — Aboiements. — Attaques brusques avec perte de connaissance, terminées par des pleurs.

Léonie R., âgée de 10 ans, entre à la clinique des maladies des enfants, le 18 novembre 1895.

Les parents nous disent que l'enfant s'était toujours bien portée et qu'elle avait eu seulement une rougeole en bas âge et une légère bronchite en 1890. De leur côté il n'y a, au point de vue morbide, rien de particulier.

Rien donc ne pouvait faire prévoir la maladie de l'enfant, quand brusquement, à la suite d'une frayeur, la fillette commença à faire de *grands mouvements incoordonnés et brusques*. Elle restait chez une tante dont le mari était mort. La tante, très peureuse, entendit un

soir un chat renverser la vaisselle; elle poussa aussitôt des cris terribles et augmenta la frayeur de l'enfant, qui eut aussitôt ces mouvements.

A plusieurs reprises, au milieu de ses mouvements, elle tombait à terre, et on était obligé de la relever parce qu'elle ne l'aurait pu elle-même.

Quelquefois même, alors qu'elle engageait son pied hors du lit ou quand elle laissait pendre sa main, il fallait lui venir en aide pour soulever son membre.

Devant cet état et devant une bronchite qui complique la situation, les parents la font entrer dans le service le 23 janvier 1894.

La petite malade est couchée, elle est fort inquiète, irritée et peut à peine répondre aux questions qu'on lui pose. Quand elle répond, elle fait un violent effort, scande ses mots et ne prononce que quelques monosyllabes.

Elle est agitée de mouvements continuels bien accentués pour les membres, peu marqués pour le visage. Un gargouillement continu se produit dans la gorge, dû à des mucosités que la malade ne peut expectorer.

Ses mouvements l'empêchent de manger, et on ne peut la nourrir. On est obligé de lui procurer un régime liquide, et devant les grandes difficultés que l'on éprouve à la faire boire, on songe à la sonde œsophagienne. Une diarrhée assez intense due à cette alimentation factice se déclare et affaiblit encore la malade.

C'est surtout la nuit que l'agitation atteint son maximum. Elle *crie*, *pleure*, *aboie*, et empêche ses camarades de dormir. Elle semble en proie à des *cauchemars terrifiants*, et on est obligé de la maintenir dans son lit, tellement son corps est agité de mouvements. Quand on la lève, elle échappe des mains comme une anguille, sa tête est balante et tous ses membres semblent brisés.

Pendant les jours qui ont précédé cette grande crise obligeant la malade à garder le lit, on a observé un nombre plus fréquent de chutes. La fillette, toujours agitée de mouvements incoordonnés, était le plus généralement assise sur une chaise basse. Tout d'un coup, elle se plaignait de souffrir de l'estomac, puis pâlissait, manquait de parole et tombait sur le sol (*crises syncopales*). Une fois sur le sol, tous les membres continuaient à remuer, et on s'empressait de la relever.

On remarquait alors que, le plus généralement, elle avait de la salive écumeuse aux lèvres ; aussitôt relevée, elle *pleurait* abondamment.

Le 28 janvier, l'enfant a changé de physionomie, les yeux sont ternes, le teint pâle, les muscles de la face et ceux des yeux sont animés de mouvements plus intenses que d'ordinaire. Elle fait entendre un cri continu, pas très aigue cependant. La bronchite évolue.

Le 1^{er} février, on note que la nourriture, même liquide, est prise avec beaucoup de difficulté ; les mouvements de déglutition se produisent involontairement et de façon brusque. La sœur remarque que la malade ne tousse plus, pour expulser les matières qui auraient pu s'engager dans le larynx ; le lait tombe « dans sa bouche comme dans un puits ».

L'*aphonie* est plus complète ; la malade remue cependant les lèvres ; l'intelligence est parfaitement conservée. Miction et défécation se font inconsciemment dans le lit. On pose alors le diagnostic de chorée à forme paralytique.

A partir de ce moment, la malade va mieux et se rétablit peu à peu, mais la parole ne revient que lentement, et la fillette est embarrassée pour parler jusqu'au 11 mars 1894. De ce mois de mars jusqu'en novembre 1895, la malade est restée dans sa famille. Elle n'a plus de grandes crises, elle ne tombe plus par terre, ne crie plus, n'aboie plus. Elle a cependant gardé une grande irritabilité et quelques mouvements dans des membres supérieurs. Chez elle, la malade est toujours inquiète, pleure souvent pour la moindre cause et prend des *colères terribles*.

Dans ces colères, elle pâlit, puis, devient comme noire, ne peut plus parler, il semble que « sa langue se retire ». Elle pousse des cris, mais ne peut prononcer une parole. Les colères se produisent à tous moments. De plus, quand on veut l'assujettir à un travail suivi, l'écriture surtout, elle pleure et s'exaspère.

Dans les membres supérieurs existent encore quelques mouvements, surtout du côté droit. Ce côté a été surtout atteint dans sa première crise de 1894, et à sa sortie de l'hôpital, à cette époque, elle avait le bras droit plus faible que le gauche et comme paralysé.

Léonie a beaucoup grandi, s'est fortifiée, et son intelligence s'est développée normalement. Elle a gardé une peur continuelle, et dès que la nuit arrive on est obligé de l'accompagner.

Les parents nous la ramènent pour tâcher de la guérir de son irritabilité, car elle rend la vie impossible à ses frères et sœurs.

Examinée au point de vue des zones hystérogènes, nous ne trouvons rien de bien net ; cependant on note une douleur assez vive à la pression de l'ovaire gauche, douleur suivie de coloration du visage, de pleurs, de cris, d'émotivité et d'un peu de spasme glottique. Les mêmes signes sont donnés par la compression de l'ovaire droit.

Un point douloureux à l'angle de l'omoplate à droite ; plus douloureux à gauche.

L'examen laisse la fillette avec un air triste et fâché, les yeux abattus et tout un faciès spécial. Elle demeure ainsi comme brisée sur son lit avec de nombreux mouvements de déglutition. — Le réflexe laryngé est conservé mais peu marqué ; la sensibilité au tact, à la chaleur, à la douleur reste intacte.

L'examen du champ visuel montre un rétrécissement notable pour les deux yeux, et une inversion totale du cercle des couleurs.

Les phénomènes paralytiques qu'elle présentait lors de sa première entrée ont disparu en grande partie ; il persiste encore une faiblesse considérable dans les membres supérieurs, au droit surtout ; et à leur niveau persistent des mouvements involontaires, de même qu'à la face. Ces mouvements se reproduisent un petit nombre de fois par minute ; ils sont toujours les mêmes, monotones, et paraissent suivre un certain rythme.

L'enfant est mieux au point de vue psychique et ne se met plus en colère avec autant de facilité. Toujours très émotive. On la gronde le matin à la visite, et on la menace de la punir sévèrement, si les mouvements de son bras et de sa face ne cessent pas. Ces reproches, adressés pour obtenir un effet suggestif, l'impressionnent beaucoup, et on observe les jours suivants une diminution notable des phénomènes morbides.

C'est là un cas très intéressant et dont le diagnostic n'est pas sans présenter de difficultés, et à propos de cette fillette se pose de nouveau le problème de savoir si c'est un cas de chorée vulgaire transformée en chorée hystérique ou simplement de l'hystérie.

Les grands mouvements que présentent les enfants hystériques, les secousses cadencées et coordonnées dont nous avons parlé se suivent presque constamment dans un ordre régulier et

identique. Les muscles de la face et du cou peuvent participer au rythme ; parfois les mouvements se limitent à une partie du corps (hémichorée), cessent d'habitude mais non toujours, pendant le sommeil, et peuvent s'accompagner d'émission de sons inarticulés. Cette chorée rythmée est paroxystique, et chaque accès, qui peut dans certains cas se prolonger un ou plusieurs jours, dure généralement de 10 à 20 minutes. Chez certains enfants, des points frénateurs ou excitateurs font cesser ou apparaître ces accès, qui ne sont, en définitive, qu'un équivalent de l'attaque d'hystérie.

Ces grands troubles moteurs ne sont pas les seuls qui puissent caractériser la névrose hystérique dans la seconde enfance et l'adolescence. Il est d'autres petits troubles, en effet, du système musculaire, certains spasmes localisés qui sont, eux aussi, de véritables symptômes de la maladie. Ces spasmes, en général typiques, jouent un très grand rôle dans les manifestations de l'hystérie infantile et ont souvent apparu comme les seuls signes de la névrose. Charcot, Pitres et Olivier y ont attaché une grande importance, et à cause de leur intérêt nous y insisterons.

Ce sont des *bruits laryngés* associés le plus souvent à des troubles respiratoires. Les uns sont expiratoires : toux et renâchement : les autres, inspiratoires comme le hoquet et le reniflement. Ces accidents, fort bien étudiés par Sydenham, Lasèque, Charcot et Pitres, s'accompagnent souvent d'hyperesthésies, de brûlures, de sensations de corps étranger, de points douloureux sur les côtés du larynx. La forme expiratoire se traduit parfois par des bruits étranges, par des cris particuliers faisant soupçonner chez le jeune enfant la production de spasmes respiratoires compliqués. Ce sont des *aboiements*, des mugissements, des miaulements. Les uns font des bêlements, d'autres petits malades poussent de véritables hurlements, et imitent des cris aussi bizarres que variés empruntés aux animaux de diverses

espèces. Notre malade (Obs. XIII) présentait de vraies crises d'aboiement. « Les possédées d'Ammon aboyaient, dit Pierre de Lancre, comme font les chiens quand la lune est dans son plein ».

Quel que soit leur aspect clinique, ces bruits se présentent ordinairement sous forme d'accès sans entraîner ni dyspnée, ni suffocation. Ils sont souvent fort étranges, isolés, monosymptomatiques; leur répétition est monotone et fatigante. Ce sont des bruits facilement récidivants et rebelles à toute thérapeutique. La contagion nerveuse joue un grand rôle dans leur apparition, et quand ils apparaissent sous forme d'épidémies, il est intéressant de remarquer que tous les enfants atteints reproduisent le même cri que l'enfant le premier atteint.

La *toux* hystérique (Obs. XIV) remarquablement étudiée par Lasèque est le plus important de ces bruits. Elle est paroxystique ou permanente, éclatante ou rauque, ne s'accompagnant d'aucune gêne thoracique et d'aucun signe de stéthoscopique. Ces paroxysmes sont généralement périodiques et réglés, se reproduisent identiques dans leur forme et souvent à la même minute, une ou plusieurs fois par jour, surtout le soir, et pouvant durer une ou plusieurs heures. Ils cessent généralement pendant la nuit. Chez les jeunes filles, ces crises débutent d'ordinaire dès l'adolescence et en dehors de toute attaque convulsive. Une attaque même peut, dans quelques cas, en amener la guérison. Ces spasmes laryngés peuvent, dans l'enfance, produire des quintes et de la cyanose en tous points comparables à celles que nous avons vues chez les nourrissons et les enfants du premier âge atteints d'hystérie.

A côté de ces bruits et spasmes laryngés doivent prendre place d'autres spasmes à la fois inspiratoires et expiratoires. Les plus fréquents chez l'enfant sont les éternuements, les baillements, les rires et le hoquet.

Les *éternuements*, comme le hoquet, se produisent d'ordinaire

sous forme d'accès, avec ou sans sécrétions nasales, durant de quelques minutes à plusieurs heures. Mossler a pu compter cinquante mille en un jour de ces paroxysmes qui ne sont, en somme, que des équivalents d'attaques d'hystérie.

Le *rire* est commun : il se manifeste par crises soit avant soit après les attaques, soit dans leur intervalle, ou indépendamment de toute attaque. Il est convulsif et le malade ne peut pas s'arrêter.

Quant aux *baillements*, étudiés par Charcot, Gilles de la Tourette et Guinon, ce sont des accidents hystériques assez rares, qui se présentent à l'état permanent ou paroxystique. Ils sont rythmés, des quintes de toux les entrecoupent, l'écartement des mâchoires est porté au maximum et la profondeur de l'inspiration ne dépasse guère celle d'une inspiration normale, les stigmates hystériques existent souvent : autant de signes qui permettent de différencier ces baillements hystériques d'avec les baillements physiologiques. Ils peuvent être monosymptomatiques et exister chez l'adolescent comme seul symptôme de son hystérie.

Les *tremblements*, encore plus rares, s'observent quelquefois chez nos jeunes névrosés. Charcot, Rendu, Pitres et Dutil en ont observé. Leur début est brusque et consécutif à une attaque; leur durée varie de quelques heures à plusieurs années. Ils sont généralisés ou partiels, limités alors soit à un côté du corps, soit aux membres inférieurs, soit à un seul membre. Leur rythme est régulier, lent ou rapide, de 4 à 12 secousses par seconde. Il est mobile, variable et tellement polymorphe qu'il a pour caractère, dit Charcot, celui de ne pas en avoir.

Notis ne ferons que mentionner la dyspnée hystérique pure et simple due à un spasme de la glotte ou des bronches, ou bien à une paralysie du diaphragme.

Dans l'hystérie respiratoire, il nous faut signaler des accidents

vaso-moteurs fréquents chez les enfants : la *congestion pulmonaire* et l'*hémoptysie hystériques*, pouvant dans certains cas faire croire à l'évolution d'une bacillose.

Du côté des voies digestives, les troubles moteurs spasmes et contractures hystériques, produisent des accidents divers : dysphagie, œsophagisme, vomissements et tympanisme.

Les deux premiers, *dysphagie* et *œsophagisme*, sont des spasmes douloureux sur lesquels nous n'insisterons pas, mais pouvant devenir dangereux à cause de l'amaigrissement et de l'inanition qu'ils sont capables d'amener. Ils sont d'ailleurs assez rares.

Les *vomissements* hystériques chez le jeune enfant sont de beaucoup plus fréquents, et leurs effets sont plus funestes. Pour les expliquer, on cherche maintes fois dans des causes éloignées et incertaines ce qu'on ne devrait attribuer qu'à cette névrose simulatrice et capricieuse. Ces vomissements sont tantôt passagers, tantôt durables, parfois incoercibles. Ils peuvent amener chez l'enfant un amaigrissement notable par insuffisance de matières assimilées, et souvent une anémie pernicieuse capable d'entraîner la mort. Un malade cité par MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau avait maigri de 10 kilogr. en 7 mois et s'acheminait à grands pas vers l'inanition. Lorsque les vomissements cessent, l'embonpoint revient rapidement.

Les spasmes et les paralysies de l'intestin se traduisent, en dehors des borborygmes si fréquents dans la névrose, par la *tympanite*, *iléus nerveux*. Le ventre du jeune hystérique peut être distendu, dur, ballonné. Céphalalgie, palpitations, vomissements, constipation, tout peut faire croire à une péritonite, et dans plus d'un cas les médecins ont commis des erreurs d'ailleurs explicables (Obs. xi, xiv).

À côté de ces accidents de paralysie et de spasmes, se placent des troubles de l'appétit qui si souvent, chez l'enfant, ne peuvent être rattachés à une cause bien précise : perversion du goût, pica, malacia, boulimie, anorexie.

Cette *anorexie* primitive se manifeste surtout chez les jeunes filles, provoquée par la coquetterie ou le dégoût de l'existence. Malgré les menaces et les prières, les petites névrosées refusent tout aliment. «Alors, dit Charcot, l'amaigrissement ne tarde pas à survenir, il atteint des proportions véritablement extravagantes, les malades ne sont plus que des squelettes vivants. Et de quelle vie ! La torpeur cérébrale a succédé à l'agitation factice du début; depuis longtemps la marche et la station debout sont devenues impossibles, les malades sont confinées au lit, où elle peuvent à peine se mouvoir, les muscles du cou sont paralysés, la tête roule comme une masse inerte sur l'oreiller, les extrémités sont froides, cyanosées; on se demande comment la vie peut persister au milieu d'un pareil délabrement. Depuis longtemps déjà, les parents se sont alarmés, mais l'alarme est au plus haut degré lorsque les choses en sont venues à ce point, elle est du reste bien justifiée, car la terminaison fatale est là menaçante. Je connais pour ma part, ajoute Charcot, au moins 4 cas où elle est survenue».

Les paralysies ou contractures diverses étant communes à l'âge adulte et à l'enfance, nous n'y insisterons pas, mais nous étudierons les formes intéressantes, nous verrons dans ces paralysies ce qui est plus particulier au jeune âge; nous voulons dire le bégaiement, le mutisme et l'aphonie.

Le *bégaiement* hystérique signalé par Bullé et Tissier est un trouble de l'articulation des mots, caractérisant ces petits malades qui traînent, s'arrêtent, hésitent et répètent certaines syllabes. C'est un accident qui suit d'habitude une attaque d'aphasie transitoire et persiste plusieurs semaines ou plusieurs mois avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Le *mutisme* est un accident laryngé caractérisé par la perte complète de l'usage de la parole. Le petit malade ne peut émettre aucun son et s'exprime par contre très aisément par les gestes et l'écriture. Il meut facilement sa langue en tous sens, siffle,

souffle: c'est de l'aphasie motrice typique pure et isolée. La guérison est souvent brusque, mais d'ordinaire apparaît une période de bégaiement de durée variable. Conservation absolue de l'intelligence, intégrité habituelle de l'écriture, de la vision et de l'audition des mots, absence fréquente d'ictus apoplectique et d'hémiplégie: voilà autant de symptômes qui feront différencier l'aphasie organique de cette aphasie fonctionnelle hystérique ou mutisme infantile.

L'*aphonie* est avec le mutisme un des accidents fréquents de l'hystérie dans l'enfance. Souvent elle se montre seule pour caractériser la névrose. A ce point de vue nous présentons trois observations qui ne manquent pas d'intérêt (Obs, XI et XIII).

Observation XIV.

(Communiquée par M. le Dr Bosc, professeur agrégé).

Aphonie. — Albuminurie. — Périlonisme. — Aura. — Inversion du cercle des couleurs.

La petite malade Marie est âgée de 14 ans.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, mère migraineuse, un frère mort de convulsions et un deuxième qui a des céphalées atroces.

Antécédents personnels. — Bien portante jusqu'à l'âge de 6 ans; à ce moment, douleurs très vives, surtout à gauche; la figure est rouge, brûlante.

A 8 ans, apparaît du *ballonnement* de l'abdomen avec constipation très forte, la malade n'allait à la selle que tous les quinze jours; tout disparaît brusquement au bout de trois mois.

La malade éprouvait en même temps des palpitations avec essoufflement sous l'influence d'émotions morales vives (le père entraivré, battait la mère, brisait tout). Les palpitations augmentent et la céphalalgie devient plus forte.

A 13 ans, survient tout à coup une *toux sèche* accompagnée de

fièvre sans expectoration, sans lésion d'aucun organe. Cette toux persiste, et au bout d'un mois la malade devient enrouée et rapidement se trouve complètement *aphone*. *Violentes douleurs* le long de la colonne vertébrale; sensation de *boule* au cou à point de départ épigastrique; des chaleurs à la figure.

Quand nous la voyons, le 10 novembre 1892, nous trouvons une enfant peu développée, à formes graciles. Elle demeure au lit passivement, sans demander à se lever. Le soir, elle a fréquemment la sensation de boule, lorsque dans la journée elle a mal à la tête. Par moments, elle paraît inquiète: un rien l'apeure et elle se met à trembler.

On constate une *aphasie absolue*, zones hystérogènes très nettes, mammaire et surtout ovariennes, à gauche principalement. La pression de l'ovaire gauche entraîne une sensation de boule, des mouvements de déglutition, et la physionomie devient rouge et angoissée.

Clou céphalique. Anesthésie pharyngée. Hénianesthésie gauche incomplète et temporaire.

Par moment les yeux se troublent, et elle n'y voit plus. Rétrécissement du champ visuel avec inversion du cercle des couleurs, on fait de la *suggestion* à l'état de veille: en passant doucement la main sur le larynx, on lui ordonne de parler plus fort; la voix revient un peu. Par la compression ovarienne on obtient également quelques sons. On arrive à la plonger dans le sommeil hypnotique: elle parle alors très correctement; on lui suggère de parler quand elle est éveillée; elle peut, en effet, à son réveil prononcer distinctement les lettres de l'alphabet, mais la voix demeure très enrouée.

Douches de vingt minutes. Bonne alimentation. Toniques et fortifiants.

Les mois suivants, la voix revient peu à peu, et au bout de trois mois, il y a retour complet à la normale.

L'enfant hystérique atteint d'aphonie ne peut parler qu'à voix basse, conséquence forcée de sa paralysie et de son anesthésie laryngée; il n'y a ni aphasie, ni aucun trouble moteur de la langue et des lèvres, et la respiration s'exécute normalement. La plupart du temps, cette aphonie progressive débute par un simple enrouement. Nos malades (Obs. XI, XIII, XIV) sont dans ce cas.

Parmi ces troubles moteurs d'origine hystérique, nous n'insistons pas sur les troubles connus ou communs à l'adulte et à l'enfant : hémiplégies, paraplégies, monoplégies, atrophies musculaires ; nous préférons, comme il est dit plus haut, étudier avec soin les formes intéressantes de la névrose.

Les *paralysies nocturnes*, les *incontinences d'urine* dans l'adolescence sont chose fort commune, et en présence de leur origine encore discutable, une question se pose : Pouvons-nous les attribuer à l'hystérie ? Bien des causes peuvent les faire naître, et il est souvent difficile de dépister leur point de départ réel. M. Oberlander a vu dans ces *incontinences* une conséquence réflexe de la présence d'un phimosis congénital. D'autres auteurs en ont fait des manifestations de l'hystérie, plusieurs du rachitisme ou de l'épilepsie ; quelques autres de la chorée, du simple nervosisme, ou de l'irritation provoquée par l'urine. On a vu dans ces incontinences le signe probant d'un arrêt de développement médullaire. Dupuytren et Guersant expliquaient tous ces troubles par une atonie générale de l'économie. Plusieurs médecins anglais attribuent à la température de la nuit, à l'état particulier de l'air, au repos du lit, au décubitus dorsal une influence directe provoquant ainsi des réflexes aussi étranges qu'inconnus.

Le nombre même des hypothèses et des conceptions nous montre la complication du problème et la difficulté de la solution. Il faut pourtant distinguer, juger d'après des faits certains en se plaçant sur un terrain purement clinique.

Parmi ces jeunes incontinents, il existe d'abord des paresseux, et la cause chez eux est une de ces causes psychiques que nos aïeux, dit Ollivier, moins sensibles et parfois mieux avisés que nous, auraient combattue avec une poignée de verges.

Il existe des cas où l'incontinence est le résultat d'une irritation directe ou réflexe mais peu éloignée : phimosis, vulvite, gravelle urique, oxyures.

Et enfin arrive toute une classe de névrosés, de prédisposés ou d'héréditaires chez lesquels cette incontinence provient d'une altération de leur système nerveux ou dans son état ou dans son fonctionnement. Dans une statistique, Ollivier a montré, sur 49 cas relatifs à des sujets de 3 à 15 ans, que deux étaient des paresseux, chez quatre existaient des causes locales, et chez les restants on trouvait de l'hérédité similaire ou de transformation.

Ces paralysies nocturnes chez l'enfant ont donc le plus souvent, sinon toujours, une origine nerveuse. Mais cette origine appartient-elle à l'hystérie? Reconnait-elle pour cause une autre névrose ou bien est-elle la conséquence d'une sorte de faiblesse congénitale du système nerveux? La question, croyons-nous, pourra être complexe à cause des nombreux facteurs qui peuvent intervenir, mais le plus souvent on pourra la résoudre par l'examen du malade, ses antécédents et la recherche chez lui des stigmates de chacune de ces affections. Retenons donc que l'hystérie peut dans certains cas produire cette incontinence, parfois seule manifestation de la névrose se montrant brusquement et disparaissant aussi vite qu'elle s'est montrée.

Chez tous nos petits malades, il existe, nous l'avons vu, de véritables crises de rires convulsifs, des éclats de rire, des colères sous n'importe quel prétexte et souvent sans motif. Dans la première enfance, nous avons déjà trouvé ces manifestations bizarres de la névrose apparaissant souvent comme son seul symptôme. Ce sont là autant de contractures et de spasmes intervenant avant l'attaque comme prodromes ou bien terminant la crise d'une façon définitive. Ces rires et ces pleurs peuvent parfois se montrer isolément en dehors des crises et former à eux seuls les *équivalents* d'une attaque (Obs. XI, XIII, XV).

Observation XV.

Dothiémentérie à 10 ans; dans convalescence : céphalalgie, 1 mois après aura.
Attaques convulsives, rires et pleurs involontaires

Hermine N. . . , âgée de 14 ans, entre au mois d'octobre 1895 dans le service de M. le professeur Bosc.

Jusqu'à l'âge de 9 ans, la jeune malade s'était toujours bien portée malgré la très grande misère de sa famille. Elle était chétive et maligne. A 9 ans commence une suite non interrompue d'accidents et de maladies. C'est d'abord une plaie du pied qui suppure pendant longtemps. Puis, à 10 ans et demi, une fluxion de poitrine assez grave dont l'enfant se relève très maigre et très affaiblie. — La santé de l'enfant finit pourtant par s'améliorer, mais bientôt elle fait une fièvre typhoïde avec rechute et longue convalescence.

Cette maladie la laissa très affaiblie, et pendant la convalescence qui dura plus d'un mois et demi, l'enfant a une *céphalalgie* violente et continuelle. Un grand mois et demi après son retour définitif à la santé, elle sent « une boule » lui monter de l'estomac au gosier et a fréquemment du vertige. Dans sa première crise la malade aurait perdu complètement connaissance, se serait fortement débattue, et une forte *crise de pleurs* aurait succédé à la perte de connaissance. Malheureusement nous n'avons pas d'autres renseignements sur cette première crise. Les quatre autres qui suivirent furent observées par la mère, qui d'abord n'y prit pas garde, mettant tout sur le compte du travail pénible que faisait sa fille. L'enfant, en effet, vendangeait, et ce fut une après-midi, tandis qu'elle était contente, que son malaise la prit. Ce malaise partait de l'estomac, puis grandissait, lui donnait le vertige, l'étouffait et la faisait changer de couleur.

Rentrée chez elle, l'enfant était obligée de se coucher, et au bout de quelques instants, après *avoir vomé abondamment*, tout rentrait dans l'ordre.

Les trois jours suivants, presque à la même heure, le même malaise la reprend. C'est après ces trois jours de fatigue qu'un soir, en rentrant de la promenade, se produisit la crise qui décide la mère à faire admettre l'enfant dans le service.

Elles rentraient toutes deux de cette promenade : sa fille, qui avait

été très bien, se plaignait en montant l'escalier de sentir quelque chose qui lui serrait la gorge. « Son estomac se nouait et une boule montait et venait l'étouffer ». — Elle eut juste le temps de se jeter sur son lit, où elle tomba les jambes repliées sous elle, les bras raidis et tendus, le corps en arc de cercle. Elle poussait des gémissements et criait fortement quand on la touchait, les yeux étaient ouverts, la figure n'était pas convulsée, la bouche n'avait pas de salive, la langue n'était pas mordue.

La malade en sortant de cette crise s'endormit tranquillement après être revenue à elle et dit à sa mère qu'elle se souvenait de tout ce qu'on avait dit ou fait autour d'elle. Elle se plaignit de fourmillements intenses dans les mains et remarqua elle-même que ces dernières étaient violacées.

Cette enfant intelligente nous fournit beaucoup de renseignements, elle nous dit qu'entre sa première crise et celles observées par sa mère, elle en a eu un certain nombre. Plusieurs auraient eu lieu avec perte de connaissance, d'autres avec un souvenir parfait de ce qui s'était passé. Souvent, dit-elle, elle *pleure sans savoir pourquoi*, d'autres fois au contraire, elle *est obligée de rire*.

Le 6 novembre, nous l'examinons : rien d'anormal dans son développement ; aucune cicatrice.

L'anesthésie pharyngée est complète. La compression des zones hystérogènes ordinaires ne donne rien de particulier, ni dilatation pupillaire, ni coloration du visage. Pourtant, à la pression de l'ovaire gauche, la malade a quelques mouvements de déglutition.

Dermographie très nette. Le soir de l'examen, elle a une crise de pleurs, elle étouffe, est obligée de se dégraffer et répond à la sœur qui l'interroge : « Ne me dites rien, je sens que je vous dirais des sottises. »

10 novembre. Amygdalite suivie d'une otite suppurée de l'oreille droite, et durant quelques jours on suspend les examens.

14. Crises de pleurs ; la malade étouffe.

20. Examen du champ visuel et recherche de l'état de la sensibilité. Le champ visuel présente un léger rétrécissement et une inversion notable du cercle des couleurs ; quant à la sensibilité, elle est intacte au toucher, au froid, au chaud, à la piqure, mais la jeune Hermine nous dit que toutes les sensations du côté gauche semblent dimi-

nuées, comparativement à celles du côté droit. La pression de l'ovaire gauche provoque des phénomènes de déglutition.

Au point de vue des antécédents héréditaires, nous ne trouvons rien de particulier, sauf un grand oncle qui est épileptique.

Les crises des jeunes hystériques peuvent présenter dans l'enfance les allures et la marche des crises de *tétanie* (Obs. xvii) ; souvent même, on a cru voir dans ces dernières des accidents de l'hystérie. L'apparition brusque de ces contractures, leur retour sous forme d'accès, leur début par les extrémités auxquelles elles restent souvent localisées, l'absence de paralysies, les signes de Trousseau et de Chvostek permettant de faire revenir les accès en comprimant les membres affectés ou en percutant les muscles et les nerfs des régions atteintes, forment un ensemble symptomatique qu'on ne retrouve pas dans l'hystérie. Dans celle-ci, d'ailleurs, les contractures ne reviennent pas par accès aussi francs, elles n'ont pas la même évolution et ne s'accompagnent pas d'une augmentation de l'excitabilité électrique.

En terminant l'étude des troubles moteurs, nous rappelons l'existence possible, chez nos petits névrosés, d'*atrophies musculaires* à types divers, de pieds bots et de coxalgies, de scolioses et de torticolis hystériques communs à l'adulte et à l'enfant et trop connues pour y revenir dans ce travail.

2° TROUBLES SENSITIFS.

Les troubles sensitifs, hyperesthésies, hémianesthésies, anesthésies, plus ou moins généralisées, sont chez les enfants plus rares que chez les adultes ; quand ils existent, ils sont plutôt localisés et partiels. Il est difficile, d'ailleurs, de les mettre en évidence et de bien les différencier quand on les trouve, à cause des réponses contradictoires fournies par les jeunes sujets, et de la difficulté que l'on éprouve à fixer leur attention. Les hyperes-

thésies chez l'enfant sont toutefois plus fréquentes que les anesthésies : nous n'insisterons pas sur ces troubles généraux de la sensibilité.

Les *céphalées* font partie intégrale de ces troubles et sont dans l'enfance chose fort commune. La céphalalgie des jeunes hystériques est habituellement assez intense, et quoique les malades s'en plaignent vivement, elle ne peut guère inspirer de craintes sérieuses au médecin. Parfois, elle est persistante et tenace et fait croire tout d'abord à l'évolution d'une tumeur cérébrale ou à une tuberculose méningée. Le diagnostic peut en être difficile et les symptômes présentés peuvent être dans ces cas fort ressemblants. Les antécédents du malade, les stigmates hystériques, la marche de la maladie, seront parfois les seuls moyens pour éclairer l'opinion et fixer le diagnostic.

Ces douleurs de tête qui existent souvent chez les enfants, nous les retrouvons dans plusieurs de nos observations (Obs. xvii, xv, xiii); on ne doit pas les confondre avec toutes ces céphalées prétendues de croissance et dues soit à l'anémie de l'enfant amenée par son évolution même, soit à des troubles de la réfraction ou de l'accommodation si fréquents à cette époque de la vie, soit enfin à des accidents nerveux qui peuvent avoir avec l'hystérie des rapports plus ou moins directs. En présence donc de ces céphalées continues ou intermittentes apparaissant dans le jeune âge, il faut rechercher la véritable cause, et ne pas englober sous le nom de croissance tous ces phénomènes qui peuvent se rapporter à des éléments si divers.

La *coïncidence de la migraine ophtalmique avec l'hystérie* des jeunes ans est indiquée par de nombreux auteurs, mais aucun d'eux n'avait fait de la migraine ophtalmique une manifestation de l'hystérie. Les relations entre la névrose et les troubles oculaires douloureux, signalés par Charcot, ont été étudiées surtout par Babinsky et par Fink.

La migraine ophtalmique est un syndrome formé par des dou-

leurs et des troubles visuels pouvant s'accompagner de phénomènes sensitifs, moteurs et même psychiques. « Au moment de l'invasion, et tout à coup, sous forme d'accès, le petit malade éprouve une sensation d'éblouissement, un point noir paraît au centre de l'image, il s'étend et peu à peu se dessine sur ses bords un arc de cercle lumineux coloré ou pâle, disposé en zigzag, agité par oscillations continuelles.

Ce scotome scintillant grandit en même temps que son centre s'éclaircit; il est perçu par l'œil soit ouvert soit fermé et finit par disparaître, arrivé aux limites du champ de la vision. Durant l'attaque, la vue est perdue pour les objets fixés; les photopsies apparaissent ensuite et la crise laisse souvent après elle une hémipie passagère.

Ces phénomènes visuels précèdent les douleurs céphaliques; la douleur est intra ou périorbitaire; généralement hémicranienne, elle gagne quelquefois la moitié opposée. Des nausées et des vomissements terminent l'accès (Sarda).

La migraine constitue parfois l'aura de l'attaque d'hystérie; elle peut aussi se montrer à la suite ou en dehors des attaques comme remplaçant celles-ci. « C'est un lien, dit Babinsky, qui unit intimement ces phénomènes et suffit à établir l'identité de leur nature.

Dans un cas, rapporté par Thomas, un enfant de 14 ans subit un choc violent; 15 jours après, sensations d'étourdissement avec vision d'une masse brillante, céphalalgie frontale, nausées, engourdissement et parésie du bras droit, embarras de la parole. Au bout d'une heure, tout disparaît. On trouve chez cet enfant les stigmates de l'hystérie. Anesthésie pharyngée, zones hyperesthésiques, retrécissement concentrique du champ visuel. Il existe un phimosis congénital.

D'après Pitres, ces accès appartiendraient le plus souvent à l'épilepsie partielle à accès sensitifs. Chez beaucoup d'enfants, il n'y a jamais rien eu qui ressemble à l'épilepsie, et cependant les

stigmates de l'hystérie montrent bien que les phénomènes douloureux et visuels appartiennent à cette névrose. Charcot rapporte plusieurs cas de migraine ophtalmique de nature hystérique, et Gilles de la Tourette, a montré l'existence de zones hystérogènes sur les muqueuses de la conjonctive et du sac lacrymal. Babinsky ; en pressant l'apophyse de la septième vertèbre cervicale, a pu produire chez un enfant le syndrome migraine ophtalmique et principalement le scotome.

Les troubles sensitifs se montrent encore chez le jeune hystérique à leur plus haut degré par l'existence même de ces clous, ces points douloureux bien connus et sur lesquels nous ne pouvons insister. La plupart de nos jeunes névrosés les possèdent très nettement (Obs. XI, XIII, XV), ainsi la petite malade dont nous rapportons l'observation.

Observation XVI.

(Communiquée par M. Blanc, Interne du service du Dr Bosc).

Zones hystérogènes chez un enfant de 12 ans. — Retrécissement du champ visuel et inversion du cercle des couleurs.

Marie N...., âgée de 12 ans, est la sœur de la jeune hystérique dont nous avons parlé (Obs. XV). Elle est entrée dans le service pour une légère bronchite. L'enfant est grande pour son âge ; elle n'a jamais été malade, mais les privations l'ont rendue maigre, pâle, tellement anémiée qu'elle ne peut faire aucun travail sans avoir des étourdissements. La moindre lecture la fatigue, elle ne peut enfiler même une aiguille ; tellement elle a de mouches volantes devant les yeux.

Debout, elle se tient courbée ; si elle marche elle vacille, et la tête est penchée sur le thorax. Elle est bien développée cependant et ne présente aucun stigmate de rachitisme. Le crâne est normal, et les pupilles également dilatées, les dents sont irrégulièrement implantées avec une incurvation postérieure assez prononcée.

On remarque, au niveau de la première vertèbre dorsale, une cica-

trice blanche, à bords légèrement jaunes, circonnée, nullement adhérente aux plans sous-jacents. Une autre cicatrice identique à la première siège au niveau de la dernière lombaire. Elle est plus excavée que la précédente ; mais ce qui frappe surtout, c'est une déviation cyphotique qui commence vers la neuvième dorsale et se continue jusqu'aux dernières vertèbres lombaires. Cette courbure est très régulière et forme un arc de cercle sans angle saillant ; elle est accompagnée d'une légère déviation à gauche.

À la pression, même forte, la malade ne se plaint pas, et si l'on presse énergiquement à la base de la courbure, on voit cette courbure se réduire peu à peu et l'on sent un certain degré de laxité entre les corps des vertèbres.

À la percussion, on note une légère submatité dans la fosse sus-épiéuse droite, et l'auscultation révèle une expiration un peu prolongée. En avant, la percussion dénote une légère submatité dans le creux sous-claviculaire droite, sans modification du timbre, à gauche, une obscurité de la respiration concorde avec la submatité droite. Au cœur, léger souffle présystolique.

Zone ovarienne gauche. — Une pression à peine marquée donne tout d'abord un changement de coloration du visage, la face pâle devient rouge et la malade cherche à se cacher en se tournant sur son oreiller. Une pression constante de plus en plus forte accentue les phénomènes. À la rougeur de la face, succèdent bientôt des pleurs qui se changent rapidement en sanglots. Les mouvements respiratoires s'accélèrent et se succèdent rapidement avec des spasmes de la glotte et gonflement du cou au niveau de la région sous-maxillaire.

Le pouls est calme et régulier.

Zone ovarienne droite. — Mêmes phénomènes que ceux provoqués par la pression de l'ovaire gauche ; cependant les sanglots redoublent et la malade fuit et se retire violemment en arrière.

Zone sus-mammaire gauche. — Point douloureux à une pression légère ; si la pression se continue, angoisse et douleur très vive.

Zone sus-mammaire droite. — La pression ne donne lieu à aucun phénomène.

Point xyphoïdien. — Douleur, mais moins forte que celle provoquée par la pression de la zone mammaire gauche.

Point scapulaire. — La pression lente et continue de l'angle de l'omoplate gauche montre un point douloureux très net, provoquant une angoisse et une vive douleur, mais ne donnant lieu à aucune modification du côté de la face.

La recherche des autres zones ne donne pas de résultats positifs.

Toutes les sensibilités sont intactes. Le champ visuel est rétréci, et il existe d'une façon manifeste l'inversion du cercle des couleurs.

Après l'examen la malade a été calme. — L'enfant, sous l'influence de lotions froides faites tous les matins, a retrouvé l'appétit. — Elle va mieux, se rétablit peu à peu et engraisse.

Des *névralgies* de toutes sortes peuvent exister chez l'enfant atteint de la névrose dont nous nous occupons. Elles sont parfois violentes et paroxystiques, occupant la face, le tronc ou les membres. Des hémicrânies persistantes et d'une grande intensité ont pu faire penser à la méningite, surtout à la méningite tuberculeuse. D'autres fois, ces névralgies sont peu douloureuses, passagères, revenant à la moindre émotion, ou à la suite d'un léger traumatisme.

On connaît aussi l'existence de ces tics hystériques qui se montrent chez l'enfant; ils diffèrent de ces spasmes rythmés localisés dont nous avons parlé par l'irrégularité de leur rythme, et la lenteur relative des contractions musculaires. On a vu de ces tics se développer seuls dans le jeune âge à la suite d'une cause futile et constituer une tare nerveuse isolée qu'explique souvent la prédisposition ou l'hérédité du jeune enfant.

La *pseudo-angine hystérique* se note dans l'adolescence et on l'a citée chez des garçons de 6 à 7 ans, développée à la suite d'un effroi, d'une terreur. Brusquement surviennent chez le malade de l'angoisse cardiaque, de l'étouffement, des palpitations, avec la sensation de la vie qui s'éteint. Le cœur bat énergiquement, les bruits sont précipités et tumultueux, et après quelques secondes, la scène se termine par des sanglots, des

éructations, des rires, des cris, des pleurs ou de la polyurie. Il faut distinguer ces crises hystériques de celles de l'angine de poitrine vraie, toujours grave, en se basant sur les antécédents, les stigmates, la périodicité des attaques, sur lesquelles la quinine est sans action, et la répétition des crises sans lésion cardio-artérielle.

Les troubles de la sensibilité peuvent également affecter les organes des sens des jeunes hystériques et apparaître sous forme d'anesthésies ou d'hyperesthésies.

L'*anesthésie* est le trouble que l'on rencontre le plus fréquemment chez ces malades. On peut dire même qu'elle est chez eux d'une valeur diagnostique plus grande que chez l'adulte. Le goût, l'odorat, l'ouïe, peuvent être frappés d'insensibilité : le plus souvent, un seul côté est pris.

Dans ces cas, une oreille n'entend plus les bruits que l'on fait autour des petits sujets ; si l'on ferme la narine saine, ils ne perçoivent plus les odeurs ; si l'on dépose sur la moitié de la langue, siège de l'anesthésie, une substance sapide, elle n'est plus goûtée.

Quant aux troubles de la vue, ils ont dans l'enfance une importance capitale, ou doivent d'autant plus attirer l'attention du médecin qu'ils sont souvent les seules manifestations de la névrose. Nous ne faisons que signaler l'amblyopie, trop connue pour y insister, caractérisée par la diminution de l'acuité visuelle, avec rétrécissement du champ visuel et dyschromatopsie. Armaignac a signalé, chez une fillette de 10 ans, une forte amblyopie hystérique, disparue subitement, sous l'influence morale d'une consultation médicale.

La dyschromatopsie est un phénomène ordinaire de l'hystérie infantile. Lorsqu'elle ne frappe qu'un œil, le sujet ignore souvent cette complication, mais si les deux yeux sont atteints, la distinction des couleurs devient très difficile ; le violet disparaît le premier, puis le vert, le rouge est celui qui persiste le plus

longtemps, et sa perception nette est encore possible, alors que toutes les autres nuances se fondent en un gris uniforme pour le petit malade. Ce trouble pour la vision des couleurs peut aller en augmentant, si bien que ces dernières peuvent avoir totalement disparu pour l'enfant : tout autour de lui, il ne voit plus que des objets, des visages estompés, d'une teinte légère et vague, et d'une désespérante uniformité.

Le *rétrécissement concentrique* du champ visuel a chez l'enfant une valeur considérable ; on peut dire même qu'il est pathognomonique de l'hystérie. En tous cas son importance est beaucoup plus grande chez l'enfant que chez l'adulte. Ce rétrécissement peut être unilatéral, occupant alors le côté anesthésié. Qu'il soit uni ou bilatéral, il doit être toujours minutieusement cherché, parce que le plus souvent le sujet n'a point conscience de son existence. Cette diminution concentrique du champ visuel peut persister très longtemps, mais elle est soumise à des oscillations, augmentant ou diminuant, disparaissant quelquefois pour revenir ensuite. Le rétrécissement suit en quelque sorte la marche de l'anesthésie ; si celle-ci passe d'un côté, celui-là en fait autant ; si l'anesthésie disparaît, le trouble oculaire diminue peu à peu, et on le voit aller rapidement en s'atténuant jusqu'à complète disparition.

Toutes ces considérations se rattachent à la lumière blanche ; le champ visuel des couleurs subit aussi, chez le jeune hystérique, de nombreuses modifications. Même à l'état normal le champ visuel est plus étendu pour certaines couleurs que pour d'autres. Le bleu est celle pour laquelle le cercle rétinien est le plus large, puis vient, en diminuant, le cercle du jaune, de l'orangé, du rouge, du vert et du violet. Sur les champs visuels normaux, ces cercles sont toujours disposés concentriquement dans l'ordre ci-dessus. Or, si nous examinons les champs visuels des jeunes hystériques, nous verrons que bien souvent des *interversions* ont lieu dans l'ordre de concentration de ces cercles.

il y a inversion du cercle des couleurs. Le rouge est le plus souvent rejeté en dehors, le bleu et le jaune ne forment en dedans de lui que des cercles beaucoup plus petits (Obs. xi, xiii, xiv, xv, xvi).

Les hyperesthésies sensorielles n'ont guère été signalées, cependant il se peut que la rétine soit douloureusement impressionnée par la lumière. Ce phénomène que Förster a désigné sous le nom de *kopiopie* se montre parfois très nettement; et M. le Dr Pansier rapporte le cas d'une petite malade qui était atteinte subitement de douleurs frontales et péri-orbitaires absolument atroces, à l'instant même où elle ouvrait son œil.

Nous ne faisons que mentionner les autres troubles oculaires créés par la névrose chez l'enfant : nystagmus, strabisme, diplopie. Ils existent d'ailleurs dans l'enfance comme à l'âge adulte, mais ici on devra toujours les rechercher, étudier le champ visuel et les cercles des couleurs pour être éclairé d'une façon certaine sur l'existence de l'hystérie des jeunes ans. C'est à cause de leur importance et de leur utilité clinique que nous avons tenu à parler longuement de ces troubles sensitifs divers, survenant si souvent pendant l'adolescence dans l'appareil de la vision.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur les accidents trophiques et vaso-moteurs d'origine hystérique survenant à l'âge qui nous occupe. On peut y voir des troubles trophiques avec éruptions diverses : herpès, urticaire; des troubles vaso-moteurs et sécrétoires : hémorrhagies, œdèmes; des troubles enfin des tendons et des muscles dans leur fonctionnement : rétractions, contractures ou amyotrophies; autant de phénomènes bien connus sur lesquels nous passons et qui, existant à tous les âges, n'offrent rien de particulier à la névrose de l'enfance.

3^o TROUBLES MENTAUX.

L'état mental dans l'hystérie infantile est une étude pleine d'intérêt et d'une fort grande importance. Si nous en jugeons par nos observations, nous voyons, en effet, que ces troubles psychiques occupent toujours les premiers rangs dans la marche et l'évolution de la névrose. L'enfant hystérique est d'une émotivité extrême, rougissant ou pâlisant subitement à la moindre des causes et souvent même sans motif. Les sentiments sont exaltés ou déprimés, mais se montrent toujours avec l'exagération la plus grande, et cette exagération peut être si considérable qu'elle a pu, dans certains cas, être poussée jusqu'au suicide. Notre Louise en est un exemple, car à 14 ans, dans un accès de désespoir dû à quelque amourette malheureuse, elle veut s'empoisonner avec des feuilles de laurier-rose (Obs. xvii).

Le caractère de ces petits malades est morose, triste, abattu. Ils passent dans leurs actes ou leurs paroles d'une chose à l'autre, et cela avec une facilité remarquable. Ce sont de vrais étourdis.

Les fillettes surtout sont fantasques, bizarres, inconséquentes et capricieuses. Ces jeunes hystériques ont des amitiés et des haines extrêmement vives, que souvent rien ne justifie, qui apparaissent et disparaissent quelquefois sans motif appréciable, et qu'elles cherchent à satisfaire à tout prix. Un trait qui, leur appartient en propre, c'est le besoin de se mettre en évidence, d'appeler l'attention, d'exciter l'intérêt ou la curiosité, de jouer un rôle romanesque, de se mettre en scène, enfin, sous un aspect quelconque. Aussi, pour satisfaire ce besoin, voit-on ces petites naïves inventer les histoires les plus étranges et les plus compliquées, et pour jouer ce rôle avoir recours à des mensonges habilement combinés, ne reculant devant aucune des conséquences de la comédie qu'elles jouent. Elles exagèrent leurs souff-

frances, simulent des troubles de la santé, tout cela pour exciter l'étonnement des médecins ou des personnes de leur entourage.

Quand, au lieu de manifester ces symptômes plus ou moins bizarres, une jeune hystérique, par exemple, dans un but quelconque, se décide à feindre qu'elle a été victime de persécutions ou d'attentats, elle pousse souvent la chose jusqu'au bout, poursuivant avec un acharnement indicible son prétendu agresseur et s'arrangeant pour donner à sa plainte toutes les apparences de la vérité.

A côté de ces cas, où l'hystérique est faussement accusatrice, il en est d'autres où c'est elle-même qui commet les fautes et les délits. Les vols dans les magasins et aux étalages des grandes villes par ces enfants de 8 à 10 ans poussées par des impulsions inconscientes sont des faits bien connus.

Chez les jeunes garçons, toutes ces manifestations peuvent exister aussi, mais à un degré beaucoup moins accentué et de beaucoup moins apparent.

Souvent ces petits névrosés ont des habitudes automatiques ; observez-les un instant, vous les verrez se ronger les ongles, mordre leur porte-plume, sucer leurs doigts ; souvent vous les surprendrez l'air égaré, la bouche ouverte, fixer un point fixe dans l'espace. Rappelez-les à l'ordre ; aussitôt ils reprennent leur travail comme mus par un ressort, d'une façon machinale et presque instantanée. Ce sont ces mêmes enfants qui très souvent urineront dans leurs pantalons, qui auront des tics et des habitudes aussi étranges que variés. Souvent on en a vu se livrer à l'onanisme d'une façon effrénée, et leurs désirs se réalisent comme dans une crise. D'autres sont pris subitement d'impulsions irrésistibles, d'obsessions inexplicables. Un jeune enfant de 13 ans s'arrête devant un arbre : « Que c'est grand un arbre, dit-il, que c'est grand ! !... que c'est grand ! ! !... » et

cette idée prend des proportions extrêmement grandes dans son tout petit cerveau.

Ne parlez pas d'occupations sérieuses à ces malades ; ils en sont absolument incapables et ne peuvent travailler longtemps sur un même objet. Essayent-ils de se mettre à l'ouvrage ? Les voilà bientôt qui s'impatientent, la face devient turgescence, parfois cyanosée et des crises de pleurs et des mouvements accentués d'impatience les obligent au repos.

Un véritable délire quelquefois intense peut constituer toutes les manifestations de l'hystérie chez l'enfant. La névrose peut se compliquer de folie proprement dite avec un délire accentué (manie, lypémanie) accompagné d'impulsions terribles rappelant les accès comitiaux.

Il existe chez l'enfant une manie hystérique avec des hallucinations, des crises de terreur, des cauchemars terrifiants (Obs. XIII), une agitation violente et furieuse. Dans leurs crises, les petits malades frappent, mordent, et sont parfois d'une méchanceté qui peut s'approcher même de la cruauté et de la barbarie. L'observation suivante, communiquée par M. le professeur Bosc, nous permet de suivre l'évolution d'une hystérie et nous donne en même temps le tableau de l'état mental dans la névrose.

Observation XVII.

Douleurs hémicraniennes. — Etat mental. — Grandes attaques. — Hallucinations et délire. — Somnambulisme.

Antécédents héréditaires. — Grand'mère paternelle morte à la suite d'une attaque à 78 ans. Le père est tuberculeux ; une sœur morte à 38 ans, d'une attaque d'apoplexie : frère noceur, tête brûlée. — Mère morte phthisique à 38 ans.

Antécédents personnels. — Au berceau convulsions intenses, jusqu'à 3 ans et survenant par paroxysmes presque subintrants.

A 3 ans plus de convulsions, mais douleurs hémicraniennes droites très violentes.

A 14 ans apparition des menstrues, malade pâle, faible. — Louise, devient morose, plus triste, comme sournoise et en même temps très irritable. La moindre contrariété entraîne de véritables accès de désespoir. Une fois même, elle tente de s'empoisonner avec des feuilles de laurier rose, dans un bel accès de désespoir dû à quelque amourette malheureuse.

A 15 ans, un beau jour, brusquement, elle a grand mal à la tête, à la convexité; elle se couche, et le lendemain il lui était impossible de rien avaler à cause d'une constriction au cou. Pleurs abondants.

Le lendemain soir, on la trouve raide sur son lit, les bras en croix; au bout d'un quart d'heure, tout se termine par une crise de larmes.

Les jours suivants, elle a une attaque convulsive nette précédée de boule hystérique et suivie d'hallucinations de la vue; elle voit des bêtes, des rats, des serpents, des pigeons, qui viennent sur son lit et sur elle, des bêtes étranges qui la regardent; des hommes très laids qui venaient pour la tuer.

La malade, profondément apeurée, criait, voulait échapper aux bêtes et aux hommes et essaye à plusieurs reprises de sauter par la fenêtre. — Elle a eu jusqu'ici 53 attaques dans une nuit avec hallucinations terrifiantes après chacune.

Dans quelques attaques, la malade se levait droite sur son lit, sur une seule jambe, sautait à cloche pied du lit à terre, sur les chaises, sur la table, pirouettant sur elle-même. Elle était enraidie, et si on lui parlait, elle tressaillait et tombait éveillée ne se souvenant de rien.

La nuit, accès de somnambulisme spontané: elle partait de son lit, prenait sa cruche, allait à la fontaine.

A 16 ans. Tous les stigmates de la grande hystérie avec amaurose monoculaire. Elle présente un spasme glosso-labié avec impossibilité de prononcer un mot. — Accès de vomissements durant des heures entières. Après les attaques, crises de tétanie des extrémités, éclats de rire, sanglots.

Pour les urines, on constate l'hypotoxicité et la formule urinaire: inversion.

Charcot a fait remarquer combien sont fréquentes les attaques délirantes chez les enfants des deux sexes et même plus parti-

culièrement chez les garçons. Chez eux, en effet, on voit un délire actif parfois furieux tenant une place prépondérante dans l'attaque d'hystérie. Chez un enfant de 14 ans, Charcot a noté des attaques somnambulo-délirantes, dans lesquelles le malade se livrait à toutes sortes d'actes absurdes en rapport avec ses hallucinations visuelles. Il grimpait après le bras de son médecin, le prenant pour une corde à nœuds du gymnase : ou bien dans son délire, il croyait se trouver sous l'empire d'une hallucination de même nature : il tentait d'emporter sa mère sur son dos, la prenant pour le portique du même gymnase.

Ainsi tout se transforme autour de l'enfant, suivant les besoins de son délire. Quand tout est fini, il sort de son état, sans savoir ce qui s'est passé. Dans d'autres cas, le petit hystérique est fort tranquille. Il s'amuse, parle et paraît absorbé dans ses occupations ; puis tout à coup il change de physionomie, pousse souvent de petits sanglots et se met à frapper de tous côtés ceux qui l'entourent en prononçant les mots les plus grossiers. « J'ai vu, dit Charcot, des petits vicomtes dans cet état, avec lesquels il fallait absolument se battre, seulement les médecins ont toujours le dessus, grâce à leur influence morale sur ces jeunes névrosés. La crise dure plus ou moins longtemps, puis tout rentre dans l'ordre jusqu'à production de nouvelles crises. Après l'accès, l'enfant ne sait plus rien, il n'a tout au plus de ce qui s'est passé qu'un souvenir très vague, et si on lui demande pourquoi il a dit ou fait cela, il ne sait que répondre.

Quelquefois, il y a un petit sanglot, le malade change subitement de figure, de voix, de gestes. Son regard, sa physionomie, tout diffère ; il passe dans un autre monde. C'est une personne très mal élevée qui fait du gymnase en disant des sottises et de gros mots. C'est un capricieux qui saute sur les tables, qui a l'air de se plaisir à être insupportable à ceux qui l'entourent. Puis tout d'un coup, cela cesse et le malade rentre dans le monde ordinaire. Il reprend sa voix, sa physionomie natu-

relle ; ce sont des attaques de manie avec hallucinations de courte durée.

Charcot rapporte encore le cas d'une petite épidémie d'hystérie survenue chez trois frères à l'occasion de pratiques de spirisme.

Le plus jeune, âgé de 11 ans, criait qu'il voyait des lions, des loups, son père mort, se battait à coups de sabre avec des ennemis imaginaires, courait, frappait les portes, les fenêtres. L'autre se levait, fuyait, criait au voleur. Le dernier avait des hallucinations de la vue, se trouvait très peureux et méchant. Chez un enfant de 13 ans, la crise débute par une aura gutturale ; aussitôt un délire intense. S'adressant à son père : « Allez-vous en, lui dit-il, vous n'êtes point mon père » ; puis il sautait sur le traversin de son lit, s'y mettait à cheval en criant : « Hue ! », frappant à droite et à gauche de grands coups avec une cravache imaginaire. D'autres fois, il était furieux et cassait tout autour de lui. Puis, il revenait à lui, fatigué, et s'endormait un moment. A son réveil, il ne se souvenait plus de ce qui s'était passé. Dans ces crises, jamais de morsures de la langue, jamais de mictions ou de défécations involontaires. Un point hyperesthésique peu net dans la fosse iliaque droite.

La personnalité même de l'enfant se trouve parfois atteinte dans son délire : le jeune sujet se trouve subitement transformé en animal plus ou moins étrange dont il imite à ravir les cris et les allures.

A la Salpêtrière, on a signalé plus d'un enfant atteint ainsi de cette zoanthropie curieuse, imitant les chiens ou les chats du voisinage. D'autres fois, au contraire, l'enfant sera tout autre que lui ; son rôle sera changé, et à s'y méprendre il entrera dans l'action, accomplissant ainsi les actes mêmes de l'individu que son état mental surexcité lui représente. Dans les personnes qui l'entourent il lui arrivera, dans son délire, de ne plus reconnaître en elles ses parents ou ses amis, et alors arriveront les confusions

les plus bizarres et les scènes les plus curieuses. Tout cela revient par accès; ils durent quelques minutes, puis tout à coup le trouble cesse, l'enfant reprend subitement la plénitude de ses facultés, semblant sortir d'un mauvais rêve.

Ces cas d'hystérie maniaque se voient souvent dans la seconde enfance et s'il fallait se rendre compte de cette fréquence relative chez les enfants des manifestations psychiques, nous croyons qu'il faudrait en chercher la raison dans l'état du développement des centres cérébraux à cet âge. Chez l'enfant du premier âge, en effet, les lésions corticales sont à peine ébauchées, et, par suite, l'action inhibitoire de l'écorce sur la moëlle est réduite à son minimum, aussi à cette période l'enfant réagit à toute occasion par des convulsions. Dans la seconde enfance, au contraire, l'activité psychique est en pleine évolution, et c'est à cela qu'incombe sans doute la part prépondérante que prend l'élément idéal dans la perturbation produite par la névrose (Blocq).

Après avoir étudié les différents troubles moteurs, sensitifs et mentaux que l'hystérie fait naître ou développe dans la seconde enfance, nous allons nous occuper du diagnostic différentiel de cette affection, et nous étudierons en même temps ses rapports avec les névroses et les divers accidents nerveux à manifestations semblables qu'il est possible de rencontrer chez les jeunes sujets.

B. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Les affections hystériques, simulant souvent chez l'enfant des maladies très graves et très rebelles, sans être en elles-mêmes dangereuses, il en résulte, dit Frank, que les erreurs de diagnostic ne sont nulle part plus palpables et plus fâcheuses. Cette névrose, en effet, peut présenter tous les symptômes et la marche des maladies fonctionnelles et organiques du système

nerveux ; elle peut, par son allure, faire penser à des maladies fébriles ou apyrétiques qui n'ont certainement avec elle aucune espèce de rapport. Charcot a démontré qu'il pouvait y avoir de véritables associations pathologiques et que l'hystérie pouvait évoluer, chez le même individu, à côté d'affections de nature différente, créer même des lésions et se combiner avec elles. On conçoit combien, dans ces cas, la situation peut devenir difficile et combien il sera pénible de dépister ce qui appartient à la névrose.

Le D^r David, sous l'inspiration de Legrand du Saullé, distingue l'aphasie hystérique des autres aphasies, et montre que dans la première la suppression du langage est aussi nette et aussi complète que dans les aphasies par lésions organiques. Le D^r Tournon prouve, dans sa thèse, que l'hystérie peut simuler la paralysie alterne, causée par une lésion bulbo-protubérantielle avec paralysie faciale d'un côté et paralysie des membres du côté opposé du corps.

En 1892, Souques nous décrit des phénomènes hystériques présentant absolument les symptômes et la marche de la sclérose en plaques, de la myopathie progressive, de la maladie de Friedreich, de la paraplégie. Chantemesse et Vidal n'ont-ils pas prouvé que l'hystérie peut simuler d'une façon parfaite tous les troubles qui caractérisent les névrites périphériques. Et, tout récemment encore, le D^r Bardol ne nous montre-t-il pas l'hystérie chez les jeunes enfants, simulatrice des maladies organiques de l'encéphale, que ces maladies soient dues à des lésions en foyer ou à des lésions disséminées. Nous avons, à propos des enfants du premier âge, discuté le diagnostic différentiel de ces affections simulant la névrose hystérique. Nous voulons, dans cette partie de notre travail, nous étendre plus longuement sur les autres syndromes simulateurs de l'hystérie que nous n'avons point encore étudiés.

La *méningite* et la *fièvre hystérique* occupent ici le premier rang, et c'est par eux que nous commencerons.

Fièvre, constipation, vomissements, céphalalgie, tels sont, en effet, les principaux symptômes présentés par l'inflammation des méninges. L'hystérie peut-elle nous les fournir? Les observations ne nous manqueraient pas à l'appui, nous en citerons d'ailleurs quelques-unes. Il est bien prouvé aujourd'hui que bon nombre de méningites considérées comme guéries n'étaient tout simplement que des accidents hystériques à forme méningée. (obs. suivantes).

La *fièvre* peut exister très nettement chez l'hystérique, et Huchard, dans son *Traité des Névroses*, en admet même plusieurs variétés. Cette fièvre hystérique est essentiellement irrégulière et variable, résistant à tous les antipyrétiques; sa marche est continue ou rémittente, avec exacerbation vespérale ou matinale pouvant s'élever même jusqu'à 42°. Après une durée qui varie de quelques jours à plusieurs semaines, elle disparaît subitement; puis, brusquement elle se montre de nouveau pour disparaître encore, variant ainsi d'un jour à l'autre d'intensité et de durée. D'ordinaire, elle ne se s'accompagne pas de troubles généraux qui forment le cortège habituel des pyrexies; parfois, il y a du malaise, de la courbature, de la céphalalgie; la langue est saburrale, les sueurs sont abondantes, le pouls fréquent; mais ces troubles ne sont pas au complet et restent en désaccord avec la température. L'état général est bon et l'absence d'amaigrissement a toujours été notée. Dans un cas récent d'Affleck (*Semaine médicale*, 1892), malgré une fièvre de 44°, le malade augmente de plusieurs livres. Tantôt la fièvre hystérique reste isolée, monosymptomatique, tantôt elle accompagne d'autres manifestations de la névrose.

Les *vomissements* de l'hystérie se font facilement et sans effort. Ils peuvent être incomplets, c'est-à-dire se borner à une simple

contracture de l'estomac, ou bien complets, se renouveler des mois entiers sans que la nutrition en souffre beaucoup et sans amaigrissement notable chez les jeunes sujets. La *constipation* est la règle.

La *céphalalgie* est fréquente chez les petits névrosés et revêt différentes formes ; elle est générale ou localisée à type hémicranien, clou hystérique sincipital ou temporal. Cette céphalée, dit Gilles de la Tourette, coexiste presque toujours avec la présence de zones hystérogènes ou hyperesthésiques, siégeant au même endroit.

Céphalalgie, vomissement, constipation, fièvre, tout cela évoluant lentement, discrètement, sous un état subaigu, constitue bien un mode pathologique ressemblant, à s'y méprendre, à la *méningite tuberculeuse*. Qu'on en juge par ces exemples.

Observation XVIII.

(Ollivier, *Gazette méd.*, Hôpit. 1885).

En 1884, on apporte une fillette de 10 ans dont le père était mort tuberculeux. Elle était maigre, chétive et se plaignait de maux de tête et de constipation. Puis, on trouve de l'hyperesthésie cutanée, du grincement des dents, gémissements, cris, convulsions des membres, délire, et enfin coma. Glace sur la tête, frictions mercurielles, ergotine, vésicatoire à la nuque, iodure, guérison (M. Ollivier croyait à une méningite tuberculeuse).

En juin dernier on apporte de nouveau la fille ; elle est nerveuse, sans menstruation : un rien la fait pleurer, terreurs nocturnes, grince des dents, a de l'insomnie, se plaint de névralgies. Son regard est celui d'une névrosée, on reconnaît chez elle les signes de l'hystérie. Traitement approprié et amélioration.

Observation XIX.

(Résumée)

Accidents pseudo-méningitiques au cours d'une fièvre continue bénigne.

Une jeune fille de 11 ans entre à l'hôpital pour dothiéntérie ; dès le second jour, hyperesthésie généralisée très accentuée, points douloureux sur les épiphyses épineuses cervicales, paralysie vaso-motrice cutanée, raie méningitique.—A côté de ces symptômes en apparence graves, dès les premiers jours bénignité de la maladie ; pas de température, absence de contractures, de raideur du cou et de douleur de tête, diarrhée modérée, ventre légèrement météorisé, état de stupeur peu appréciable. De temps à autre pleurs sans motif. Sensation de strangulation, spasmes glottiques, bizarreries de caractère, troubles ataxiques. Guérison. — Pendant la convalescence les accidents hystériques s'accusent davantage, et, chose singulière, l'hyperesthésie a totalement disparu, remplacée par une anesthésie sensitive et sensorielle du côté gauche, avec hyperesthésie ovarienne du même côté.

Observation XX.

(Résumée)

(In the these Morel-Juvigny).

Maladie manifestée d'abord par de la céphalalgie et embarras gastrique.

Le huitième jour, paralysie du côté droit et aphasie. Depuis, état semi-comateux, douleur de tête, délire. Paralysie complète du bras droit. Jambe parésée. Parésie faciale légère à gauche. — Hyperesthésie de tout le côté paralysé. — Les jours suivants, la paralysie diminue et disparaît complètement. Cinq jours après l'apparition de la paralysie, il ne reste qu'une légère parésie de la face. Sensibilité plus vive à droite. Le calme reparaît et l'aphasie diminue. Le lendemain, raideur du cou. La paralysie du bras reparaît. Hyperesthésie cutanée et musculaire, surtout à droite. Pupille dilatée. Mort. *A l'autopsie* : pie-mère épaissie, congestionnée, légèrement adhérente aux circonvolutions. Granulations, surtout le long de la sylvienne gauche et de ses branches. Rien au poumon.

Rien de plus hésitant, on le voit d'après ces cas, que le diagnostic de l'hystérie et de la méningite tuberculeuse, d'autant plus que cette dernière est loin de se manifester avec des caractères aussi précis que ceux qu'on lui accorde dans les livres, ainsi qu'on va le voir. Sur quoi donc se fonder en pareil cas pour formuler un diagnostic ? On a dit que la pseudo-méningite hystérique procède par crises, soubresauts ; on s'est basé sur l'existence des stigmates, mais très souvent les deux ordres de symptômes se trouvent dans les deux maladies. On a dit encore que le pouls dans l'hystérie peut être ralenti ou accéléré, mais jamais irrégulier comme dans la méningite vraie (Pitres) : il y a pourtant des méningites vraies où ce dernier se maintient régulier. Un caractère plus constant du pouls, c'est que, très rapide au début de la méningite tuberculeuse, sa fréquence diminue après un certain temps pour remonter quelques jours avant la mort. La température est très variable suivant les cas, et on la voit parfois rester normale jusqu'à la fin.

Ainsi, aucun des symptômes les plus constants n'est pathognomonique. Les antécédents seuls du malade pourront dans ces cas difficiles fixer l'esprit du médecin. On recherchera les stigmates de la névrose, les antécédents bacillaires et les manifestations diverses de la tuberculose, sans oublier qu'un hystérique peut être tuberculeux et un tuberculeux hystérique. Avant tout et surtout quand il s'agit d'hystérie, il importe d'analyser bien son malade et de déterminer la valeur de chaque symptôme en particulier.

On pourrait en dire autant pour une autre inflammation de séreuse dont les symptômes peuvent, chez l'enfant, se confondre parfaitement avec ceux de l'hystérie. C'est la *péritonite* et surtout la *péritonite bacillaire*. Ici le tableau symptomatique change dans ses détails, mais le fond reste le même et l'évolution, la marche de la maladie, ressemblent à s'y méprendre au tableau de la méningite. C'est toujours une fièvre généralement peu élevée, de

la constipation, des vomissements, de la céphalalgie persistante, mais le ventre est dur, ballonné, météorisé et douloureux. Le faciès est tiré, les yeux excavés, les pupilles fortement dilatées, l'émaciation rapide.— Le hoquet est fréquent et le petit malade pousse des cris plaintifs et continus.

Dans l'hystérie, l'affection ne suit pas comme la péritonite un cours régulier, son début est plus brusque, quand on peut arriver à avoir des renseignements, et le tableau général est moins poignant en ce sens que l'état général reste à peu près bon et ne montre point un état de souffrance aussi accentué. La température et le pouls ne donnent pas de renseignements bien précis, mais la recherche des stigmates et les antécédents du malade seront souvent d'une fort grande utilité.

L'hystérie infantile peut revêtir les caractères de la *bacillose pulmonaire* : l'enfant tousse, crache depuis quelque temps ; il se plaint de dyspnée et d'essoufflement ; de temps en temps, de légères poussées fébriles : l'examen de la poitrine révèle de l'inspiration rude et prolongée aux sommets, de l'augmentation des vibrations avec absence du murmure vésiculaire. De plus, l'appétit s'en va, le jeune malade maigrit, et il est mal en train ; puis, tout d'un coup, à la suite d'une émotion, d'une suggestion ou sans motif, tous ces malaises, tous ces symptômes disparaissent, et l'enfant revient à la santé. On comprend que dans ces cas le diagnostic soit compliqué, et les complications sont parfois si grandes que, sans l'examen bactériologique des crachats, sans la constatation d'un amaigrissement progressif et de l'évolution de la maladie, il est impossible de bien fixer son opinion.

La fièvre hystérique a parfois les allures de celle de la *dothiénentérie* ; l'hystérie peut simuler en tous points la maladie organique. Elle apparaît avec son cortège habituel de symptômes : céphalalgie, vertiges, vomissements, courbature. Mais chez ces malades le début est brusque, les urines abondantes, la prostration fait défaut, la température n'est pas si élevée ni la courbe

si régulière. De plus, dans la névrose, les antécédents du malade, la marche de l'infection, permettront le plus souvent de fixer le diagnostic.

L'hystérie fébrile peut simuler la *pneumonie*, la *malaria* ou autres *maladies microbiennes*, et leur diagnostic différentiel n'est pas toujours aisé. Dans un cas de Lorentzen, il y eut hémoptysie: avec dyspnée, point de côté durant deux mois; un soir la température axillaire montra 44°,8. La guérison se fit sans qu'on pût trouver jamais aucun signe de tuberculose.

Dans un fait d'Estevès, la fièvre s'accompagne de douleurs articulaires et dure 21 jours, fièvre et douleurs qui, après avoir résisté au salicylate et à la quinine, cédèrent facilement à la suggestion.

La fièvre hystérique se reconnaît donc à son irrégularité extrême, à l'absence et à la discordance des troubles généraux concomitants et à sa résistance aux antipyrétiques variés. Son évolution, l'existence d'accidents hystériques et de stigmates, l'examen des urines et la recherche de la formule urinaire dont nous parlerons, devront entrer en ligne de compte. De toute manière il faudra s'être assuré préalablement par un examen attentif qu'aucune affection fébrile, plus ou moins cachée, n'a passé inaperçue. Et même, si l'hystérie semble probable, il restera encore à éliminer l'association possible de la névrose avec une pyrexie organique.

L'hystérie peut simuler plusieurs des pyrexies les plus communes et donner lieu à des erreurs de diagnostic; mais il peut être aussi difficile de distinguer l'hystérie des autres névroses, telles que la chorée et l'épilepsie, qui existent si souvent dans l'enfance. Cette difficulté est d'autant plus grande qu'il est possible de voir ces maladies nerveuses évoluer d'une façon anormale et quelquefois très compliquée. Chez un même sujet, elles peuvent, en effet, se montrer parallèlement et d'une manière distincte; chez d'autres, elles se combinent pour former une

névrose hybride et bizarre qu'il serait difficile de caractériser si l'on ne songeait qu'on est en présence d'un *complexus mixte*.

La chorée vulgaire donne lieu à des secousses convulsives, disséminées sur différents muscles des membres, du tronc et du visage, et par suite à des contorsions bizarres et grotesques qui peuvent rappeler dans une certaine mesure celles que provoquent les spasmes hystériques systématisés. Mais dans la chorée, les secousses sont inégales, irrégulières, incoordonnées, variables d'un instant à l'autre, tandis que dans les spasmes rythmiques, elles affectent systématiquement certains muscles à l'exclusion des autres, se répètent uniformément avec une cadence régulière et déterminent par conséquent la reproduction monotone des mêmes grimaces, des mêmes attitudes, des mêmes gestes.

A cette marche différente s'ajoutent encore d'autres renseignements : antécédents du malade, présence des stigmates hystériques.

La chorée et l'hystérie peuvent exister chez un même malade; ce sont pourtant deux maladies toujours distinctes, mais dont il n'est pas toujours facile de fixer les limites. La difficulté existe, dit Ollivier, lorsque leur succession est immédiate ou que leurs manifestations se juxtaposent; elle existe surtout en ce qui concerne les contractions musculaires, le type et l'étendue des mouvements. On peut cependant admettre que tout ce qui est régulier, cadencé et rythmé n'appartient pas à la chorée de Sydenham: c'est de l'hystérie.

Mais où classera-t-on ces faits signalés par Debove, Joffroy, dans lesquels les mouvements irréguliers de la chorée de Sydenham se transforment au bout d'un certain temps en mouvements nettement rythmés?

Est-ce une transformation de la chorée de Sydenham en chorée hystérique, faut-il englober le tout sous le titre d'hystérie?

Cette dernière idée est défendue par Comby, pour lequel la

chorée vulgaire n'est qu'une manifestation hystérique de l'enfance.

L'observation précédente de la petite Rachel soulève ce problème, qui ne nous paraît pas pouvoir être résolu actuellement.

L'hystérie infantile peut, par la forme de ses attaques et par ses allures, simuler l'épilepsie. Quelquefois même elle s'allie à cette dernière pour reformer un nouveau type morbide : l'hystéro-épilepsie à crises dissociées. Ces deux affections se tiennent souvent par des rapports intimes et des symptômes trop communs pour qu'il soit toujours aisé d'en établir les limites et d'en fixer le diagnostic surtout dans le jeune âge.

L'observation suivante, communiquée par M. le Dr Bosc, montre que ce diagnostic chez l'enfant peut être très hésitant ; les allures de la maladie peuvent être si douteuses, les symptômes si divers et si compliqués que l'on peut admettre la présence de l'épilepsie associée à l'hystérie. C'est pour montrer combien la situation peut devenir difficile et l'opinion rester en suspens, que nous reproduisons l'histoire de cette intéressante malade.

Observation XXI.

Epilepsie ou hystérie ? — Etat mental. — Convulsions. — Imbécillité.
Etat anormal de mobilité.

Une fillette de 4 ans est vue à la consultation gratuite du vendredi 22 novembre 1895. Nous sommes frappé par l'allure de l'enfant qui, dès qu'elle est entrée dans la salle, court de côté et d'autre comme si elle furetait, pirouette sur les talons, tourne la tête d'ici et de là, touche à un objet puis à un autre et vient nous regarder fixement pendant un moment, les yeux largement ouverts et la physionomie comme pensive.

Elle essaie, par moments et comme instinctivement, de mordre, d'égratigner, mais sans s'y arrêter, comme ferait un petit chien ; par-

fois cependant elle mord et griffe sérieusement; elle essaie de grimper sur nos genoux, puis elle court à travers les salles, posant ses mains sur la figure des élèves, allant de l'un à l'autre, et tout cela silencieusement, sans aucune parole, sans aucun cri.

Elle marche très facilement, sans chute, et les forces musculaires sont normales aux membres supérieurs comme aux membres inférieurs. On ne constate aucun mouvement anormal, pas de mouvements brusques comme dans la chorée, pas de mouvements athétosiques, pas de tremblement, ni de mouvements rythmés.

C'est seulement un état anormal de mobilité, de va et vient incessant, un besoin d'aller et de venir, de prendre tout dans ses mains, de toucher à tout, de mordre ou de griffer sans que son attention puisse se fixer un moment sur ses actes; elle semble agir avec une absence complète de conscience et de volonté.

On ne constate aucune anomalie dans son développement physique. La face est rouge, les pommettes un peu saillantes, la voûte palatine très ogivale, avec prognathisme de la mâchoire inférieure; implantation à peu près normale.

La langue est sortie facilement hors de la bouche, accomplit facilement les mouvements de latéralité; la mère trouve que sa fille a la langue courte et qu'elle la porte trop relevée en l'air. Nous ne constatons cependant rien d'anormal en ce point. Pas de paralysies des muscles de la face.

L'enfant est dans un état de mutisme à peu près complet; cependant, de temps à autre, elle pousse quelques cris et prononce même quelques syllabes, mais sans expression et sans paraître y attacher une signification quelconque: ce sont des cris absolument automatiques.

D'après la mère, l'enfant étoufferait un peu par moments; rien d'anormal au niveau des amygdales et du pharynx.

L'intelligence de l'enfant a subi un arrêt de développement à peu près complet. Elle a un faux air intelligent avec ses grands yeux très brillants et très mobiles; elle ne peut en rien fixer son attention, et il est pour ce motif bien difficile d'apprécier les troubles intellectuels divers qui peuvent exister chez elle. *Peurs nocturnes. Émotivité très grande.*

L'enfant fait tout d'une manière impulsive: par moments même elle part de la maison en courant devant elle, et il faut toujours quelqu'un pour la ramener de ses fugues.

Elle est méchante, mord et frappe, mais cela sans réflexion et sans acharnement : en pirouettant, elle passera ses mains sur la joue de ses parents, puis tout à coup elle pincera un pli de la peau et le tordra brusquement dans ses doigts ; ou bien elle portera les mains d'une personne à sa bouche, puis mordra après. Elle ne torture pas les animaux, mais elle prend un pli de la peau et le tourne rapidement. Pas d'impulsions mauvaises.

Il existe chez elle des *convulsions* ; elles ont débuté à 10 mois, sans fièvre, sans être précédé d'une maladie infectieuse quelconque. Elle a en ce moment une grande crise de convulsions cloniques qui a duré deux heures, pendant lesquelles elle est devenue violacée ; après la crise, sommeil et abattement. Ces convulsions sont revenues plus tard vers l'âge de 2 ans, et ont toujours été toniques et cloniques avec perte complète de connaissance.

Histoire de la maladie. — A 2 mois survient une crise de quelques minutes avec *cyanose* et *convulsion des yeux* ; on lui *serre la gorge*, quelque chose *l'étrangle*.

A 10 mois commencent les convulsions avec perte de connaissance et cyanose : elles se répètent avec les caractères ci-dessus. L'enfant avait appris à parler, mais aujourd'hui elle a désappris et ne profère plus que quelques sons.

Antécédents héréditaires. — Le père est très nerveux et a eu dans l'enfance des convulsions, mais il n'a jamais rien présenté depuis. Il existe également une tante qui est comme imbécile. Le grand-père aurait eu des attaques ; la mère est très nerveuse, mais sans crises.

Cette observation nous montre donc, au milieu d'accidents qui paraissent hystériques, des accidents qu'on pourrait croire *comitiaux*. Les deux névroses, on le voit, peuvent exister chez le même sujet et se montrer chacune pour sa part avec les symptômes qui lui sont propres.

Dans l'épilepsie, la chute est subite, brusque et sans aura, la perte de connaissance est immédiate et complète, la langue est mordue, la salive s'écoule abondante, écumeuse et sanguinolente ; pendant la crise il y a émission d'urine. Rien de tout cela

n'existe généralement dans l'hystérie. La chute est lente, le malade, averti par son aura, choisit le lieu de sa chute. Il suit ce que l'on fait et ce que l'on dit autour de lui, il s'en souvient et le racontera plus tard à ses parents. Sa langue n'a jamais de morsures, et si parfois une écume apparaît, elle est peu abondante et jamais teintée de sang.

Après la crise, l'épileptique a du stertor, son réveil est celui d'un égaré, ses yeux sont voilés ; son regard, perdu et hagard : l'obnubilation est extrême. Il a des obsessions, des hallucinations effrayantes, des impulsions d'une violence extrême. Il est méchant et se sent poussé au mal par des forces auxquelles il ne peut résister : il est inconscient. Même dans l'intervalle de ses crises, il fait souffrir ceux qui l'entourent par sa méchanceté.

Tout autre est le tableau du jeune hystérique. Son réveil après la crise est le plus souvent normal ; il n'y a pas d'égarement, mais des rires ou des pleurs, quelquefois de l'automatisme ambulateur. Il est dans sa conduite capricieux et inconstant peut-être, mais jamais il n'atteint ce degré de méchanceté plus ou moins impulsive avec égarement qui caractérise l'épileptique.

L'état de la pupille pendant les crises d'hystérie ou d'épilepsie pourra aider utilement au diagnostic. Au début de l'attaque d'épilepsie, la pupille est dilatée et insensible à la lumière, et cet état persiste pendant toute la période tonique, elle subit des oscillations légères pendant la période clonique et demeure toujours insensible à la lumière ; à la fin de cette période, la sensibilité à la lumière revient légèrement et son diamètre tend à revenir à la normale (Bosc). L'attaque de petite hystérie ne modifie que très peu le diamètre pupillaire, et la pupille réagit à la lumière ; dans les attaques de grande hystérie la mydriase existe au début, mais il n'y a pas insensibilité complète à la lumière et dès la fin de l'attaque la pupille retrouve toutes ses propriétés normales (Bosc).

Les *urines* dans l'hystérie sont ordinairement claires et plus abondantes après un paroxysme. D'après MM. Gilles de La Tourette et Cathelineau, il existerait pour les urines post-paroxystiques une diminution du taux de l'urée, des chlorures et des phosphates avec inversion de la formule de ces derniers, c'est-à-dire que les sels terreux sont égaux ou supérieurs aux alcalins.

M. Bosc a démontré en outre qu'il y avait diminution de l'azote total, et que par suite les oxydations n'étaient pas seulement diminuées mais incomplètes et que de plus les urines post-paroxystiques étaient très fortement hypotoxiques (*Soc. de Biol.*, 1893).

Dans l'épilepsie, au contraire, M. Mairet a démontré que les urines post-paroxystiques ont cette formule clinique (pour les 24 heures) égale ou supérieure à la normale.

Chez l'enfant, surtout dans la première enfance et au moment de la puberté, il sera parfois bien difficile de distinguer de l'hystérie les manifestations de la *prédisposition* nerveuse héréditaire. Nous trouverons chez ces prédisposés l'émotivité extrême, les pamoisons, les colères, les impulsions que nous avons données comme caractéristiques de l'hystérie. Les choses se touchent dans le jeune âge, et c'est uniquement l'évolution de la maladie qui pourra nous donner la clef du problème.

Au même titre que le simple prédisposé, le *dégénéré* pourra donner lieu à des difficultés et à des hésitations dans le diagnostic, et plus encore que dans le premier cas, car il pourra s'ajouter aux phénomènes d'ordre psychique des manifestations somatiques, qui ressemblent à celles de l'hystérie : anesthésies, hyperesthésies, rétrécissements du champ visuel, dyschromatopsies, mouvements rythmés, etc. . . La connaissance de l'hérédité spéciale et les symptômes physiques de la dégénérescence devront entrer comme les éléments les plus importants dans la solution de la question.

Il est difficile, on le voit, en présence de symptômes nerveux,

au début de la vie, de savoir exactement à quelle affection appartiennent ces symptômes et dans quel sens ils vont se diriger. Est-ce de l'hystérie, de la chorée ou de l'épilepsie ? A-t-on affaire à du simple nervosisme, à une hérédité névropathique ou à de la dégénérescence ? Tout paraît parfois se confondre ; il semble que l'élaboration soit en train de se faire et que rien ne soit encore achevé. C'est une période d'incubation. La question reste ainsi sans réponse et la solution n'est apportée que plus tard, lorsque, ce travail cérébral étant terminé, la névrose peut se développer librement et apparaître sous ses formes réelles. On a pu croire, par exemple, à de l'hystérie des premiers ans, et dans la seconde enfance on voit surgir des accidents nerveux rappelant en tous points la chorée, l'épilepsie : les premières manifestations nerveuses survenues au début de la vie n'en étaient que le rudiment, ou si l'on veut, l'ébauche symptomatique.

CHAPITRE IV.

Diagnostic général et pathogénie.

Le diagnostic de l'hystérie chez l'enfant n'est pas toujours facile : nous avons vu, dans le cours de ce travail, combien sont nombreuses les manifestations qui peuvent faire croire à l'hystérie et combien il est facile de confondre ces manifestations avec les accidents de la névrose.

Dans le premier âge surtout, il est malaisé de savoir si les phénomènes observés se rapportent bien à l'hystérie ; on peut par les antécédents du jeune sujet, par les allures générales de la maladie, avoir des présomptions, mais pour arriver à une certitude, nous l'avons dit ailleurs, il faudrait suivre la névrose et la voir se développer plus tard (Obs. VII, XVII).

L'hystérie se développe lentement chez l'enfant, et il n'est point nécessaire que des crises de nerfs ou des convulsions apparaissent pour faire croire à l'existence de la maladie. Les accidents nerveux à cette époque de la vie ne sont pas bruyants, et se manifestent tout d'abord par des troubles digestifs, respiratoires ou mentaux : les autres accidents nommés stigmates peuvent manquer, et l'on peut en l'absence même de toute attaque, de toute anesthésie, de toute contracture porter le diagnostic d'hystérie. Mais pour cela il faut procéder à l'examen du jeune malade, sans parti pris et sans arrière pensée. Vient-on, chez un enfant, à constater, dans le fonctionnement de l'économie, des troubles

qu'aucune autre cause n'explique, il faut alors porter son attention du côté du système nerveux.

La première chose à chercher pour éclairer la situation, ce sont les antécédents héréditaires et les antécédents personnels du jeune malade : on a vu plus haut l'importance prépondérante de l'hérédité dans le développement de l'hystérie. Il faut donc rechercher l'existence habituelle de cette influence, et pour cela entendre le mot hérédité, comme nous l'avons fait, dans le sens le plus large au point de vue de la parenté de l'enfant, au point de vue de toute maladie nerveuse ou débilitante de cette parenté.

Les antécédents personnels du jeune malade seront recherchés avec soin : on s'informera du caractère de l'enfant, de son émotivité, de son irascibilité ; on cherchera à connaître sa précocité, ses affections, son genre de rapports avec ceux qui l'entourent, ses goûts, l'état de son sommeil, ses maladies antérieures ; on se rendra compte de son évolution psychique et physique, de son éducation et des diverses influences, enfin, qu'il a pu subir dans son milieu. En un mot, il faut connaître tout le passé mental de l'enfant, et s'il s'agit d'hystérie on trouvera certainement de quoi justifier son diagnostic même en l'absence de tout stigmatesomatique.

L'examen physique d'autre part ne sera pas négligé : on constatera souvent des troubles digestifs ; anorexie, caprices, goûts dépravés, malaises après les repas, vomissements, hématemèses, gastralgie, étouffements, aura, dysphagie, borborygmes, hallucinations, tout cela doit être soigneusement noté.

D'un autre côté, les troubles respiratoires, dyspnée, toux, spasmes glottiques, rires convulsifs et les troubles circulatoires : palpitations, angoisses, rougeur, pâleur des téguments, urticaire, seront pris en sérieuse considération.

Les troubles de la sensibilité générale pourront être perçus : anesthésie, hypéresthésies partielles ou localisées ; la sensibilité

sensorielle, surtout en ce qui concerne l'appareil de la vision, devra être examinée avec le plus grand soin.

Quelquefois on aura des troubles de la motilité : paralysies, contractures, et s'ils sont de nature hystérique, on constatera assurément quelques-uns des autres symptômes précédemment décrits. Il est important de noter l'état des réflexes, l'action des agents, des agents esthésiogènes et de la suggestion. Si les contractures sont rebelles, on pourra dans certains cas essayer les anesthésiques : chloroforme ou éther.

S'il y a des attaques, le diagnostic se simplifiera ; on ne pensera guère qu'à l'épilepsie ; et nous en avons vu ci-dessus le diagnostic différentiel.

Il faut donc conclure d'une manière générale que le diagnostic de l'hystérie dans l'enfance est chose possible. Il est certain qu'il est parfois difficile de reconnaître l'existence de la névrose, il faut pour la dépister bien observer les faits, les observer sans parti pris et rechercher leur explication dans leur étiologie et leur marche et non pas dans des conceptions ou idées préconçues.

On a émis bien des hypothèses pour expliquer la nature et la pathogénie de cette hystérie, et aujourd'hui encore on en est réduit à des conceptions purement théoriques.

L'hystérie résulte certainement d'un *trouble dynamique* ou *fonctionnel* du système nerveux, peut-être même d'un *trouble organique* que nos moyens d'investigation ne nous ont pas permis d'étudier. Il se peut qu'il n'y ait qu'un léger trouble de la circulation, de la polarisation électrique, un simple changement de la composition chimique, du protoplasma cellulaire.

On a vu dans la névrose une intoxication par les toxines, ou les ptomaines secrétées par l'organisme ou venues du dehors, et on a créé une théorie toxique pour expliquer l'hystérie.

Ce qui est certain, c'est qu'il existe un trouble dans le système cérébral, et ce trouble consiste en une altération des tissus très

voisine d'une lésion organique, si elle ne lui est pas identique. Tandis que celle-ci produit des désordres appréciables après la mort, la lésion dynamique n'engendre que des modifications qui ne laissent aucune trace actuellement visible ; il n'y a pas entre ces deux catégories de lésions une différence de nature, mais une simple question de degrés. L'hystérie est donc une affection dynamique des centres supérieurs du cerveau, affection dont nous ignorons encore la lésion précise et la localisation.

L'hystérie reste donc une névrose, et comme on ne connaît point encore son substratum anatomique, elle peut être considérée comme une véritable maladie mentale, comme une psychose, en attendant que l'anatomie pathologique nous en ait décrit le processus morbide et la lésion qui la caractérise.

L'hystérie, dit P. Janet, est une psychose appartenant au groupe des maladies mentales par insuffisance cérébrale, caractérisée par des symptômes moraux, dont le principal est l'affaiblissement de la faculté de synthèse psychologique. Quant aux nombreux phénomènes organiques que l'on constate chez les hystériques : troubles de la nutrition générale, troubles trophiques ou vaso-moteurs, peut-être pourrait-on les expliquer par la connaissance d'une lésion cérébrale ; mais, en tout cas, ce sont des symptômes qui doivent se rattacher encore aux perturbations psychiques qui dominent l'état morbide. Quant au lien, au mécanisme physiologique qui unit entre eux ces deux ordres de phénomènes, la science actuelle ne peut encore l'expliquer.

CHAPITRE V

Pronostic.

Le pronostic de l'hystérie infantile est moins sombre que celui de l'hystérie chez l'adulte. « Chez l'enfant, dit Charcot, l'hystérie ne tient pas, mais il faut la traiter.... » Chez lui, en effet, les moyens thérapeutiques réussissent toujours mieux, la maladie n'étant pas encore assez ancienne pour avoir eu le temps de se cantonner et d'avoir amené ces troubles musculaires ou trophiques dont l'intensité aggrave l'affection. La seule chose qui puisse rendre le pronostic plus sérieux, c'est la durée inusitée d'un symptôme donné : une contracture, par exemple, qui peut provoquer des lésions consécutives (atrophie musculaire, impotence fonctionnelle d'un ou plusieurs membres), toujours plus sérieuses que la maladie elle-même.

Briquet avait déjà fait remarquer que l'hystérie débutant dès le bas âge durerait toute la vie, à moins que par un traitement, ou au moment de la puberté ou du mariage, il ne se produisit un changement favorable. Changement bien problématique, croyons-nous, si c'est sur les deux derniers facteurs et surtout sur le mariage qu'on compte pour le produire ! La jeune fille hystérique que la névrose a accompagnée depuis son enfance a bien peu de chance d'en être abandonnée, et l'homme qui l'épousera, confiant dans cette médication pour amener une guérison jusque-là rebelle, risquerait fort de ne récolter que l'inquiétude et le chagrin.

Mais ce que le mariage ne fait pas, la puberté aidée d'une thé-

rapeutique rationnelle peut le faire souvent, aussi est-il nécessaire d'attirer de bonne heure toute l'attention et tous les soins des parents sur les jeunes enfants hystériques.

Avec un traitement bien conduit, l'enfant franchira le seuil de l'adolescence, débarrassé à jamais de toutes les misères de son enfance. Si au contraire, le jeune hystérique est abandonné à lui-même, s'il franchit l'âge de la puberté avec tout son cortège d'accidents, son caractère sera désormais impossible et répandra tout autour de lui le désordre et l'ennui. Aigri contre la société, obligé presque de renoncer à tout travail et à toute vie commune, il marchera dans la vie triste et solitaire, attendant les surprises morbides que la névrose peut lui réserver dans son cours.

On voit quelle est l'importance du diagnostic fait de bonne heure ; c'est de lui que dépend, non seulement l'avenir pathologique de l'enfant, mais son avenir dans le monde et dans la société. Attaquée de bonne heure, l'hystérie peut céder ; la puberté passée, elle pourra disparaître encore, mais ce sera toujours au prix d'efforts plus laborieux et toujours plus incertains.

Quoi qu'il en soit, la maladie ne menace pas directement la vie de l'enfant, mais c'est une affection désagréable par ce nervosisme léger qui poursuit toujours l'intéressé, et dangereuse à cause des éventualités qui peuvent survenir et des proportions sérieuses que peut prendre le développement de la névrose. Il faut donc la traiter, et la traiter de bonne heure ; le pronostic n'en sera que plus favorable et le jeune malade plus heureux.

CHAPITRE VI

Traitement.

Le traitement de l'hystérie comprend un traitement général s'appliquant indistinctement à toutes les manifestations de la névrose, et un traitement spécial tirant ses indications de la nature de chaque cas particulier.

1° TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Nous ne parlerons pas dans ce traitement de l'hystérie des *antispasmodiques* et des *antinervins* ils sont aussi utiles ou aussi inefficaces les uns que les autres suivant qu'ils impressionnent ou non l'imagination des petits sujets.

L'hystérie, en effet, étant une maladie psychique, doit être traitée comme les psychoses. Il faut s'adresser à l'esprit des malades pour les persuader et les convaincre. Ce qui est nécessaire et suffisant, c'est d'impressionner leur imagination, d'agir sur eux moralement, de leur parler de l'utilité et mieux de l'infailibilité de la médication, car en matière d'hystérie, c'est la foi qui guérit. Toute cette *psychothérapie* repose sur l'influence du physique sur le moral, et doit être dans ce cas érigée en système.

« Je ne saurais trop insister, dit Charcot, sur l'importance capitale que j'attache à l'*isolement* dans le traitement de l'hystérie où l'élément psychique joue un rôle considérable, sinon prédominant ». Cet isolement des jeunes malades soit dans un éta-

blissement d'hydrothérapie, dans une campagne ou dans un hôpital, a pour but de soustraire l'hystérique au milieu où il vit. Dans sa famille, le petit malade est l'objet de mille soins mal éclairés et de sollicitudes intempestives. Il est la préoccupation constante des parents qui, par compassion, lui passent ses caprices, ne maîtrisent pas devant lui leurs sentiments, et le laissent parler ou lui parlent de son mal. Il faut avouer que ce milieu familial est déplorable pour un malade dont la crédulité est extraordinaire.

La première conséquence de l'isolement est donc de l'arracher à ce milieu, et comme corollaire obligé, de faire naître en lui le désir de guérison pour rentrer dans sa famille. Une fois son attention fixée sur l'idée de guérir, la réalisation de cette idée n'est plus qu'une question de temps. L'isolement agit donc par influence morale et constitue la méthode de choix, parfois même, dans certains accidents hystériques graves, la méthode de nécessité.

A côté de la *suggestion hypnotique* que nous ne conseillons pas chez l'enfant à cause de ses dangers et de ses inconvénients nombreux, surtout au point de vue de l'évolution de l'hystérie et l'apparition possible d'accidents plus graves, se range la *suggestion à l'état de veille*, qui a pour but de frapper l'imagination des jeunes malades : persuasion, conseils, intimidation, procédés de douceur, menaces, électrothérapie, les esthiogènes, le transfert, l'aimantation, la métallothérapie, les douches, les bains froids, l'hydrothérapie : ce sont là autant de moyens qui, appliqués à propos dans des cas déterminés, peuvent donner d'excellents résultats.

Il faut, en somme, convaincre les malades de leur guérison et bannir de leur cerveau l'idée provocatrice, les rendre moins crédules, leur réapprendre à faire attention, à se souvenir et surtout à vouloir (Débove).

A la psychothérapie, il est essentiel d'ajouter un *traitement tonique et reconstituant* ; on donnera le fer, le quinquina, la

kola, les bons vins ; on prescrira une bonne hygiène, une alimentation nourrissante, des distractions et des exercices variés. Les promenades, le grand air, la gymnastique, l'équitation, le massage, les frictions froides ou alcoolisées, sont autant de médications à grand spectacle qui, en distrayant le petit malade, seront capables de le tonifier. Tout cela, si possible, doit être combiné avec l'isolement.

Si l'on a affaire à de jeunes prédisposés, c'est-à-dire à des enfants issus de névropathes ou de neuro-arthritiques, c'est au traitement prophylactique qu'il faut avoir recours : pas d'émotions morales, pas de travaux intellectuels, des exercices physiques et des amusements et aucun surmenage d'aucune espèce.

S'agit-il de manifestations bénignes, l'isolement absolu n'est pas indispensable, il suffit de changer les malades de milieu, de recourir à l'eau froide, à l'électricité, à la suggestion, en même temps qu'à la bonne hygiène et à la bonne alimentation.

2° TRAITEMENT SPÉCIAL. — Ici, chaque cas particulier trouve son application et sa thérapeutique.

Dans les *attaques convulsives*, la suggestion verbale, les inhalations d'éther, les aspersions d'eau froide, le siphonage et surtout la compression des zones spasmo-frénatrices, sont d'un usage courant et donnent de très bons effets.

L'*anorexie* et les *vomissements* disparaissent souvent par le lavage de l'estomac et le gavage.

Dans les *accès de spasmes glottiques*, l'éther donné en inhalations est pris avec succès ; l'accès cesse spontanément quand la suffocation devient imminente.

Les *contractures* doivent être « défaites » par le massage et les mouvements forcés dès qu'elles se sont produites. Traitées dès le début, elles persistent très rarement ; les paralysies cèdent aussi au massage ou à la faradisation ; les atrophies musculaires

même se trouvent bien de la galvanisation. Pris à temps, les accidents hystériques peuvent être sinon guéris, du moins considérablement améliorés par le traitement, et l'on est en droit de dire « qu'il ne faut pas laisser aux manifestations de la névrose le temps de s'acclimater. »

Les *opérations chirurgicales* (ovariotomie, etc.), nous les passerons sous silence ; elles sont plus nuisibles qu'utiles et on n'obtient le plus souvent, pour tout résultat, que l'apparition d'accidents beaucoup plus accentués et plus fâcheux. Chez l'enfant, d'ailleurs, elles ne peuvent être tentées.

Quant aux *agents provocateurs* de l'hystérie, *intoxications* en particulier, ils demandent une prophylaxie variable selon les cas, mais toujours utile, du moins pour prévenir les récides.

Le traitement psychique occupe donc le premier rang dans l'hystérie et doit, dans tous les cas possibles, s'associer à la bonne hygiène et à l'isolement. L'hystérie étant une maladie mentale, c'est un traitement psychique qui convient. Frapper l'imagination du jeune malade par la mise en œuvre des procédés les plus divers, agir par suggestion directe ou indirecte, fortifier la volonté débile du sujet : tel est, en un mot, l'objet du traitement. Les procédés varient, le but reste le même (Dutil).

CONCLUSIONS

De cette étude de l'hystérie considérée chez les nourrissons, dans les premières années de la vie et dans la seconde enfance jusqu'à la puberté, nous déduisons les conclusions suivantes :

1° Il y a pour le jeune enfant comme pour l'adulte des causes pathogènes et provocatrices de la névrose hystérique.

2° On a vu trop souvent des manifestations de l'hystérie dans de simples phénomènes réflexes ou dans des accidents du nervosisme ; on a d'autre part trop attribué à d'autres causes ce qui appartenait en propre à l'hystérie des jeunes ans.

3° Il est souvent difficile de bien juger dans la première enfance et de donner à l'hystérie tout ce qui lui revient, et seulement ce qui lui revient. Il faut des observations où les jeunes sujets supposés hystériques font plus tard de l'hystérie.

4° Les différentes manifestations nerveuses, dans les premiers mois de la vie, ne sont point applicables à une maladie propre et ne caractérisent pas cette maladie : on croit, d'après les symptômes, avoir affaire à l'hystérie des premiers ans, par exemple, et plus tard chez le même sujet se développe une affection nerveuse autre dont ces premières manifestations n'étaient que les signes : chorée, épilepsie, stigmates de dégénérescence.

5° L'hystérie, néanmoins, existe dans les premiers mois de la vie ; elle existe d'une façon certaine et sous des formes spéciales :

phénomènes émotifs (colères, pamoisons), grandes attaques convulsives, paralysies ou contractures localisées.

6° Elle est souvent monosymptomatique, c'est-à-dire ne se révélant objectivement que par un seul symptôme, souvent banal en apparence : gaietés, éclats de rire, vomissements ou pleurs.

7° Dans la seconde enfance et l'adolescence, l'hystérie est de beaucoup moins bruyante que dans l'âge adulte ; souvent elle est, comme dans la première enfance, monosymptomatique.

8° Les attaques complètes d'hystérie, les crises d'hysteria major, d'hystéro-épilepsie sont relativement rares à cette époque de la vie : les crises se bornent plutôt à des formes particulières de la névrose : enraidissements, paralysies et spasmes divers, anesthésies partielles, troubles des émotions ou du caractère.

9° Comme chez l'adulte, la névrose se caractérise chez l'enfant par des troubles moraux, sensitifs et mentaux.

10° Le pronostic est bénin, d'autant plus sérieux que l'enfant se trouve plus âgé.

11° Le traitement de l'hystérie chez l'enfant doit s'adresser à l'état général et surtout à l'état psychique du sujet.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

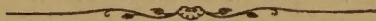
- ALBY. — Études sur l'hystérie.
- ARMAIGNAC, — Amaurose hystérique monoculaire chez une petite fille de 10 ans (Revue clinique d'oculistique, 1887).
- ATHANASIO. — Des troubles trophiques dans l'hystérie (Thèse de Paris, 1890).
- AULD. — Hemisrania hysterica. A contribution to the pathology of migrain (The Lancet, 15 avril 1893).
- BABINSKY. — De la migraine ophtalmique hystérique (Archives de Neurologie, 1890).
- BARDOL. — De l'hystérie simulatrice des maladies organiques de l'encéphale chez les enfants. Thèse de Paris, 1893.
- BATAULD. — De l'hystérie chez l'homme. Thèse de Paris, 1885.
- BAUMEL. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants.
- BLOCQ. — Hystérie maniaque infantile (Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1889).
- BLOCQ. — Astasie-abasie — contractures. Thèse d'agrégation.
- BOUCHUT. — Du nervosisme.
- BOURNEVILLE. — Epilepsie et hystérie à Bicêtre. Publications annuelles.
- BRAIN-FÉRÉ. — Journal of neurology, V, XII. Paralysies nocturnes.
- BURNET. — Hystérie infantile au-dessous de 5 ans. Thèse de Paris, 1891.
- BRIQUET. — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.
- CARREAU. — Case of hystéria in a boy, eight years old. Am. J. obst. New-York, 1881, XIV.
- CARTAZ. — Mutisme hystérique. Progrès médical, 1886.
- CASABON. — Hystérie infantile. Thèse de Paris, 1881.
- CHABERT. — Mutisme dans l'hystérie. Progrès médical, 1893.
- CHARCOT. — Leçons du mardi à la Salpêtrière. Policliniques.

- CHARCOT. — Leçons sur les maladies du système nerveux.
- CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUD. — Traité de médecine.
- CHARCOT. — De l'isolement dans le traitement de l'hystérie. Progrès médical, 1885.
- CHARCOT. — Toux et bruits laryngés chez les hystériques. Archives de Neurologie, 1892.
- CLOPATT. — L'hystérie infantile.
- COLLIN. — État mental des hystériques. Thèse de Paris, 1891.
- COMBY. — Maladies de l'enfance.
- DAVID. — Aphonie hystérique. Thèse de Paris, 1884.
- DEBOVE. et ACHARD. — Traité de Médecine.
- DEBOVE. — Fièvre hystérique.
- DESSAU. — Hysterica in boys with the report of a case. Am. J. obst., New-York, 1880, XIII.
- DETLING. — Chorée arythmique hystérique. Thèse de Lyon, 1892.
- DUTIL. — Contribution à l'étude clinique des tremblements hystériques.
- ESQUIROL. — Mémoire sur les maladies mentales.
- GHILARDURCI. — Diagnostic différentiel entre l'hystérie et les maladies organiques du cerveau. Arch. neurol., novembre 1892.
- GILLES DE LA TOURETTE. — L'hystérie, 1894-95.
- GILLES DE LA TOURETTE et CATHELINAU. — La nutrition dans l'hystérie. Prog. méd., 1890.
- GIRAudeau. — Rétrécissement mitral et hystérie.
- GRASSET et RAUZIER. — Traité pratique des Maladies du système nerveux.
- GUINON. — Étiologie de l'hystérie. Thèse de Paris, 1891.
- GUIRAUD. — Essai sur l'hystérie précoce.
- HANOT. — Sur un cas de fièvre hystérique. Soc. med. des hôp., 1893.
- HORCHOTTE. — Hystérie et chorée de Sydenham. Thèse de Paris, 1888.
- HUCHARD. — Traité des névroses.
- JANET. — De l'hystérie chez l'homme,
- LANDOUZY. — Traité de l'hystérie.
- LASÈGUE. — Les hystériques. Ann. méd. psychol. Paris, 1881.
- LEGRAND DU SAULLE. — Traité de médecine légale. État mental des hystériques, 1891.
- MAIRET et BOSC. — L'urine normale et pathologique (Soc. Biol., 1893).
- MONESTIÉ. — Pseudo-méningite hystérique. Thèse de Montpellier, 1893.
- New-York méd., Journal and obstet. Rev. 1882. Hystérie à 18 mois, vol. XXVI.
- OLLIVIER. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants.

- OLLIVIER. — Hystérie chez le nouveau-né et chez les enfants au-dessous de 2 ans. Extrait d'un mémoire du D^r Chaumier, de Tours, lu à l'Académie de Médecine. Bullet. Académie, 1892.
- PANSIER. — Les manifestations oculaires de l'hystérie. Thèse de Montpellier, 1892.
- PARIS. — De l'hystérie chez les petites filles. Thèse de Paris, 1880.
- PEUGNIEZ. — L'hystérie chez les enfants. Thèse de Paris, 1886.
- PITRES. — Leçons sur l'hystérie.
- POTAIN. — Difficultés du diagnostic de l'hystérie. Soc. de méd. et chir. pratiques, 1872.
- RICHEL. — Traité de l'hystérie.
- SOLLIER. — Anorexie hystérique. Revue de Médecine, 1891.
- SOUZA-LEITÉ. — Cas d'hystérie dans lesquels les attaques sont remplacées par des éternuements, 1892.
- THOMAS. — Migraine ophtalmique associée de nature hystérique chez l'enfant. Revue méd. de la Suisse Romande. Décembre 1892.
- TOCHE. — Hystérie et chorée de Sydenham. Thèse de Paris, 1891.
- TROUSSEAU. — Leçons de clinique médicale.
- WATON. — L'hystérie vaso-motrice. Thèse de Montpellier, 1892.
- WEST. — Leçons sur les maladies des enfants.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 14 février 1896.
Le Recteur,
A. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 14 février 1896.
Le Doyen,
A. MAIRET.



SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
